

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У «БелГУ»)

**СОЦИАЛЬНО-ТЕОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ ИМЕНИ МИТРОПОЛИТА
МОСКОВСКОГО И КОЛОМЕНСКОГО МАКАРИЯ (БУЛГАКОВА)**

КАФЕДРА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

**СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С
НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

Выпускная квалификационная работа
обучающегося по направлению подготовки
39.03.02. Социальная работа
заочной формы обучения, группы 87001252
Рябоконовой Марины Станиславовны

Научный руководитель:
старший преподаватель
кафедры социальной работы
Сазонова Е.С.

Рецензент:
директор МОУ «Яснозоренская
средняя общеобразовательная
школа Белгородского района
Белгородской области»
Копысова В.А.

БЕЛГОРОД 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	9
1.1. Особенности психофизического и социального развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата как социально-педагогическая проблема	9
1.2. Сущность и принципы социально-педагогической реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата	19
2. ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В УСЛОВИЯХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ	29
2.1. Опыт социально-педагогической реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в общеобразовательных учреждениях	29
2.2. Проблемы социально-педагогической реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (по материалам социологического исследования)	43
2.3. Программа социально-педагогической реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в условиях общеобразовательного учреждения	53
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	68
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	74
ПРИЛОЖЕНИЯ	82

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Среди детей-инвалидов особенно много лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата, в том числе вследствие детского церебрального паралича (ДЦП). В среднем 6 из 1000 новорожденных страдают церебральным параличом. По данным на 2016 год в стране насчитывается 71429 детей с ДЦП в возрасте 0-14 лет и 13655 детей с таким диагнозом в возрасте 15-17 лет [43].

Патология опорно-двигательного аппарата – это заболевание,отягощенное не только двигательными, но часто и интеллектуальными, речевыми, зрительными, слуховыми нарушениями. Особенности развития личности ребенка с данной патологией и различные ограничения, которые вносит в его жизнь нарушения здоровья, приводят к тому, что его самостоятельное обучение в условиях массовой общеобразовательной школы часто бывает затруднено.

В последние годы наблюдается стремление к созданию безбарьерной системы обучения и воспитания детей с ОВЗ, их интеграции в общество, что является одной из тенденций развития современной инклюзивной образовательной практики не только за рубежом, но и в России.

Проведение комплексных социально-педагогических мероприятий, направленных на реабилитацию детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, – процесс многоуровневый, включает в себя реализацию этой деятельности и в общеобразовательном учреждении.

Успешность инклюзии данной группы детей зависит не только от характера и степени имеющихся у них физических и психических нарушений, но и от эффективности социально-педагогической реабилитации, предполагающей учет этих нарушений в индивидуальных образовательных программах, применение обучающих технологий, формирование толерантного отношения к таким детям окружающих, безбарьерной образовательной среды, в которой находится ребенок. Базовым уровнем

этого процесса выступает и работа с семьей. Включение семьи в работу дает возможность значительно повысить качество реабилитационных мероприятий, ускорить процесс социально-педагогической коррекции, что в свою очередь позволяет вывести реабилитационную деятельность на новый уровень. Однако в общеобразовательных учреждениях не всегда созданы условия для этого.

Таким образом актуальность исследования заключается в том, что рост численности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата выступает в качестве устойчивой тенденции нашего социального развития; эти нарушения у детей означают существенное ограничение жизнедеятельности, что способствует социальной дезадаптации, которая обусловлена нарушением в развитии, затруднением в самообслуживании, обучении, овладении в будущем профессиональными навыками; проблемами социально-педагогической реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в условиях общеобразовательного учреждения.

Степень научной разработанности проблемы. Анализ научной литературы показывает, что из отечественных исследователей больший вклад в теорию инвалидности сделали специалисты московской, петербургской и саратовской научных школ (Н.В. Васильева, Э.К. Наберушкина, П.В. Романов, Е.Р. Ярская-Смирнова), а также другие авторы (Н.В. Васильева, И.Ю. Ветрова, Е.С. Гетманенко, С.Г. Головкин, А.Е. Думбаев, Н.П. Жигарева, Т.В. Зозуля, Н.Ф. Дементьева, Ю.С. Моздокова, Т.В. Попова, Л.И. Старовойтова и др.).

Особенности обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья отражены в работах И.В. Лариковой, Т.И. Шаповой, В.А. Швецова, Т.М. Давыденко и др. Организация инклюзивного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья стала предметом исследования С.В. Алехиной, Е.Н. Кутеповой. Д.В. Целок и др. Основы тьюторского сопровождения в общем образовании рассматривали С.В. Алещенко, И.Б. Ворожцова, Т.М. Ковалева и др.

Сущность социальной реабилитации детей ограниченными возможностями анализируется в трудах: Т.Г. Авдеевой, Л.И. Акатова, Г.В. Дедюхиной, В.Т. Мошняга, И.И. Поташовой, Д. Худенко, Е. Ярской-Смирновой.

Проблемы социально-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья стали предметом научного анализа Л.И. Акатова, К.М. Астаховой, С.А. Беличевой, А.В. Гордеевой, П.Д. Павленка, Е.И. Холостовой и др.

Проблемами формирования и развития абилитационных и реабилитационных процессов у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата занимались такие авторы как И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько, Е.М. Мастюкова, Н.М. Семенова и др. Заслуживает внимания исследование А. Финка, раскрывающее суть и основные подходы к реабилитации в системе кондуктивной педагогики.

Обобщая вышеизложенное, мы можем отметить, что сложилось противоречие между настоятельной потребностью в социально-педагогической реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в общеобразовательных учреждениях и социально-педагогической неподготовленностью к реабилитационной работе специалистов таких учреждений. Выявленная проблема определила тему исследования.

Объектом исследования является социально-педагогическая реабилитация детей как социально-педагогическая проблема.

Предмет исследования – специфика социально-педагогической реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в условиях общеобразовательного учреждения.

Цель исследования – раскрыть сущность социально-педагогической реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в условиях общеобразовательного учреждения и разработать программу по ее совершенствованию.

Задачи:

1. Рассмотреть теоретические основы социально-педагогической реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
2. Раскрыть опыт социально-педагогической реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
3. Исследовать проблемы социально-педагогической реабилитации детей в общеобразовательных учреждениях и разработать программу социально-педагогической реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в них.

Теоретико-методологическую основу исследования составили: философское понимание человека как активного субъекта, познающего и преобразующего мир и самого себя в процессе деятельности; основные положения теории деятельности А.Н. Леонтьева, культурно-историческая концепция Л.С. Выготского, а также теоретические положения его учения об индивидуально-коррекционном развитии ребенка с особыми нуждами, зонах ближайшего и актуального развития ребенка; концептуальные подходы к развитию и воспитанию детей с особыми нуждами, изложенные в трудах отечественных и зарубежных психологов и педагогов (Л.С. Выготский, Г.М. Дульнев, А.Н. Граборов, Л.В. Занков, Б.В. Зейгарник, М.В. Ипполитова, Ж.И. Шиф; Э. Брукарт, Декроли, К. Керн, М. Монтессори); учение Войта о выработке активно-рефлекторных или активных движений; прикладные основы кондуктивной педагогики, разработанные А. Пете.

Эмпирическая база исследования. Информационную базу исследования составляют специальная литература, Конвенция о правах ребенка, Конвенция о правах инвалидов, Федеральные законы «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 № 181-ФЗ, «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 № 273-ФЗ, указ президента «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы», данные Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации; материалы сайтов МОУ «Яснозоренская

средняя общеобразовательная школа Белгородского района Белгородской области», МОУ «Никольская средняя общеобразовательная школа Белгородского района Белгородской области».

Эмпирическую базу исследования составляют материалы проведенного автором социального исследования: «Проблемы социально-педагогической реабилитации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата», проведенного на базе МОУ «Яснозоренская средняя общеобразовательная школа Белгородского района Белгородской области» и МОУ «Никольская средняя общеобразовательная школа Белгородского района Белгородской области», осуществленного в ходе преддипломной практики (март - апрель 2017 г.). Исследование проводилось посредством опроса обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата ($n=6$), их родителей ($n=6$), и экспертного опроса специалистов ($n=20$).

Методы исследования. Для решения поставленных задач нами был определен комплекс взаимодополняющих методов, обеспечивающих достоверность и научную обоснованность результатов исследования: анализ специальной литературы, нормативно-правовых документов, статистических данных, документов общеобразовательных учреждений; анкетирование; экспертный опрос; математические методы обработки результатов исследования.

Теоретико-практическая значимость исследования заключается в следующем: дана психолого-педагогическая характеристика детей с нарушением опорно-двигательного аппарата; проведен анализ проблем социально-педагогической реабилитации в условиях общеобразовательного учреждения. На основе результатов исследования разработана и внедрена программа социально-педагогической реабилитации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата. Материалы исследования могут найти применение в процессе профессиональной подготовки будущих бакалавров и магистров социальной работы, при изучении таких дисциплин как «Технологии социальной работы», «Социальная реабилитация», «Технологии

формирования доступной среды» и других.

Апробация результатов исследования. Результаты исследования были обсуждены, одобрены и апробированы на базе МОУ «Яснозоренская средняя общеобразовательная школа Белгородского района Белгородской области». Выпускная квалификационная работа выполнена по заказу данной организации.

Структура выпускной квалификационной работы состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложения.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

1.1. Особенности психофизического и социального развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Понятие «*нарушение опорно-двигательного аппарата*» (НОДА) носит собирательный характер и включает в себя двигательные расстройства, имеющие органическое центральное или периферическое происхождение. Причиной этих расстройств могут быть генетические нарушения, а также органические повреждения головного мозга и травмы опорно-двигательного аппарата [18].

Выделяют следующие виды патологии опорно-двигательного аппарата:

- заболевания нервной системы (детский церебральный паралич, полиомиелит);
- врожденная патология опорно-двигательного аппарата: врожденный вывих бедра; кривошея; косолапость и другие деформации стоп; аномалии развития позвоночника (сколиоз); недоразвитие и дефекты конечностей; аномалии развития пальцев кисти; артрогрипоз (врожденное уродство);
- приобретенные заболевания и повреждения спинного мозга и конечностей; полиартрит; заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит), системные заболевания скелета (рахит, хондродистрофия) [47].

Исследователи выделяют несколько классификаций детей с НОДА. По степени тяжести нарушений двигательных функций и по сформированности двигательных навыков детей можно разделить на три группы. В первую группу входят дети с тяжелыми нарушениями. У некоторых из них не сформированы ходьба, захват и удержание предметов, навыки самообслуживания; другие с трудом передвигаются с помощью ортопедических приспособлений, навыки самообслуживания у них

сформированы частично. Во вторую группу входят дети, имеющие среднюю степень выраженности двигательных нарушений. Большая часть этих детей может самостоятельно передвигаться, хотя и на ограниченное расстояние. Они владеют навыками самообслуживания, которые недостаточно автоматизированы. Третью группу составляют дети, имеющие легкие двигательные нарушения, они передвигаются самостоятельно, владеют навыками самообслуживания, однако некоторые движения выполняют неправильно [54].

Ведущим нарушением у детей с патологией опорно-двигательного аппарата является двигательный дефект (недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). Основную массу среди них составляют дети с детским церебральным параличом.

ДЦП – органическое поражение мозга, возникающее в периоде внутриутробного развития, в родах или в периоде новорожденности и сопровождающееся двигательными, речевыми и психическими нарушениями [60]. Двигательные расстройства наблюдаются у 100% детей, речевые – у 75% и психические у 50% детей [32].

В нашей стране пользуются классификацией К.А. Семеновой, которая выделяет пять форм ДЦП.

1. Спастическая диплегия - самая распространенная форма ДЦП. Обычно это тетрапарез, но ноги поражаются больше, чем руки. Прогностически благоприятная форма в плане преодоления речевых и психических нарушений и менее благоприятная в двигательном отношении. 20% детей передвигаются самостоятельно, 50% – с помощью, но могут себя обслуживать, писать, манипулировать руками [28].

Двойная гемиплегия - самая тяжелая форма ДЦП с тотальным поражением больших полушарий. Это также тетрапарез с тяжелыми поражениями как верхних, так и нижних конечностей, но руки «страдают» больше, чем ноги. Цепные установочные выпрямительные рефлексy могут не развиваться вообще. Произвольная моторика резко нарушена, дети не сидят,

не стоят, не ходят, функция рук не развита. Речевые нарушения грубые, по принципу анатрии, в 90% случаев умственная отсталость, в 60% судороги, дети необучаемы. Прогноз двигательного, речевого и психического развития неблагоприятный [54].

Гиперкинетическая форма связана с поражением подкорковых отделов мозга. Причиной является билирубиновая энцефалопатия (несовместимость крови матери и плода по резус-фактору).

Двигательные нарушения проявляются в виде гиперкинезов (насильственных движений), которые возникают непроизвольно, усиливаясь от волнения и утомления. Произвольные движения размашистые, дискоординированные, нарушен навык письма, речь. В 20-25% случаев поражен слух, в 10% возможны судороги. Прогноз зависит от характера и интенсивности гиперкинезов [22].

Гемипаретическая форма – поражаются руки и ноги с одной стороны. Связано это с поражением полушария мозга (при правостороннем гемипарезе нарушается функция левого полушария, при левостороннем – правого). Прогноз двигательного развития при адекватном лечении благоприятный. Дети ходят сами, обучаемость зависит от психических и речевых нарушений.

Атонически-астатическая форма возникает при нарушении функции мозжечка. При этом отмечается низкий мышечный тонус, нарушение равновесия в покое и ходьбе, нарушение координации движений. Движения несоразмерны, неритмичны, нарушено самообслуживание, письмо. В 50% случаев отмечаются речевые и психические нарушения различной степени тяжести [22].

Более 400 факторов способны вызвать повреждающее воздействие на центральную нервную систему, но особенно опасно это влияние до 3-4-го месяца беременности. Все неблагоприятные факторы нарушают маточно-плацентарное кровообращение, вызывая кислородное голодание плода – хроническую гипоксию. Развитие центральной нервной системы в условиях хронической гипоксии нарушено. Таково влияние внутриутробных факторов.

В родах причиной повреждения центральной нервной системы (ЦНС) является асфиксия и нарушение мозгового кровообращения. После родов причиной повреждения ЦНС является чаще всего нейроинфекция (менингит, энцефалит) и травмы головы. Таким образом, ДЦП является полиэтиологическим заболеванием инфекционного, интоксикационного, воспалительного, токсического, радиационного, экологического, травматического и другого происхождения [31].

Для детей с ДЦП характерны специфические отклонения в психическом развитии. Механизм этих нарушений сложен и определяется как временем, так и степенью и локализацией мозгового поражения.

Хронологическое созревание психической деятельности детей с церебральным параличом резко задерживается. На этом фоне выявляются различные формы нарушения психики и, прежде всего, познавательной деятельности. Не существует четкой взаимосвязи между выраженностью двигательных и психических нарушений - например, тяжелые двигательные расстройства, могут сочетаться с легкой задержкой психического развития и остаточные явления ДЦП – с тяжелым недоразвитием отдельных психических функций или психики в целом. Для детей с церебральным параличом характерно своеобразное психическое развитие, обусловленное сочетанием раннего органического поражения головного мозга с различными двигательными, речевыми и сенсорными дефектами. Важную роль в генезе нарушений психического развития играют возникающие в связи с заболеванием ограничения деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания и обучения [27].

При ДЦП нарушено формирование не только познавательной деятельности, но и эмоционально-волевой сферы и личности.

Структура нарушений познавательной деятельности при ДЦП имеет ряд специфических особенностей, характерных для всех детей. К ним относятся:

1. Неравномерный, дисгармоничный характер нарушений отдельных

психических функций. Эта особенность связана с мозаичным характером поражения головного мозга на ранних этапах его развития при ДЦП.

2. Выраженность астенических проявлений – повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов, что также связано с органическим поражением центральной нервной системы.

3. Сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире. Дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике. Это обусловлено следующими причинами:

- вынужденная изоляция, ограничение контактов ребенка со сверстниками и взрослыми людьми в связи с длительной обездвиженностью или трудностями передвижения;

- затруднения в познании окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанные с проявлением двигательных и сенсорных расстройств [54].

При ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации, затрудняет интеллектуальную деятельность детей с церебральным параличом.

При всех формах ДЦП имеют место глубокая задержка и нарушение развития кинестетического анализатора (тактильное и мышечно-суставное чувство). Дети затрудняются определить положение и направление движений пальцев рук без зрительного контроля (с закрытыми глазами). Ощупывающие движения рук часто очень слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены. У многих детей выражен астереогноз – невозможность или нарушение узнавания предмета на ощупь, без зрительного контроля. Ощупывание, манипулирование с предметами, т.е. действенное познание, при ДЦП существенно нарушено.

Перцептивные расстройства у больных детей связаны с недостаточностью кинестетического, зрительного и слухового восприятия, а также совместной их деятельности. В норме кинестетическое восприятие совершенствуется у ребенка постепенно. Прикасание к различным частям тела совместно с движениями и зрением развивает восприятие своего тела. Это дает возможность представить себя как единый объект. Далее развивается пространственная ориентация. У детей с церебральным параличом вследствие двигательных нарушений восприятие себя («образ себя») и окружающего мира нарушено.

Несформированность высших корковых функций является важным звеном нарушений познавательной деятельности при ДЦП. Чаще всего страдают отдельные корковые функции т.е. характерна парциальность их нарушений. Прежде всего, отмечается недостаточность пространственных и временных представлений.

У детей выражены нарушения схемы тела. Значительно позже, чем у здоровых сверстников, формируется представление о ведущей руке, о частях лица и тела. Дети с трудом определяют их на себе и на других людях. Затруднена дифференциация правой и левой стороны тела. Многие пространственные понятия (спереди, сзади, между, вверху, внизу) усваиваются с трудом. Дети с трудом определяют пространственную удаленность: понятия далеко, близко, дальше, чем заменяются у них определениями там и тут. Они затрудняются в понимании предлогов и наречий, отражающих пространственные отношения (под, над, около). Дошкольники с церебральным параличом с трудом усваивают понятия величины, недостаточно четко воспринимают форму предметов плохо дифференцируют сходные формы - круг и овал, квадрат и прямоугольник [51].

Значительная часть детей с трудом воспринимает пространственные взаимоотношения, У них нарушен целостный образ предметов. Часто отмечаются оптико-пространственные нарушения. В этом случае детям

трудно копировать геометрические фигуры, рисовать, писать. Часто выражена недостаточность фонематического восприятия, стереогноза, всех видов праксиса (выполнение целенаправленных автоматизированных движений). У многих отмечаются нарушения в формировании мыслительной деятельности. У некоторых детей развиваются преимущественно наглядные формы мышления, у других – наоборот, особенно страдает наглядно-действенное мышление при лучшем развитии словесно-логического.

Для психического развития при ДЦП характерна выраженность психоорганических проявлений – замедленность, истощаемость психических процессов. Отмечаются трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, замедленность восприятия, снижение объема механической памяти. Большое количество детей отличаются низкой познавательной активностью, что проявляется в пониженном интересе к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости психических процессов. Низкая умственная работоспособность отчасти связана с церебрастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий. Наиболее отчетливо он проявляется в школьном возрасте при различных интеллектуальных нагрузках. При этом нарушается обычно целенаправленная деятельность [38].

По состоянию интеллекта дети с ДЦП представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка психического развития, у части детей имеет место умственная отсталость. Дети без отклонений в психическом (в частности, интеллектуальном) развитии встречаются относительно редко. Основным нарушением познавательной деятельности является задержка психического развития, связанная как с ранним органическим поражением мозга, так и с условиями жизни.

Задержку психического развития при ДЦП чаще всего характеризует благоприятная динамика дальнейшего умственного развития детей. Они

легко используют помощь взрослого при обучении, у них достаточное, но несколько замедленное усвоение нового материала. При адекватной коррекционно-педагогической работе дети часто догоняют сверстников в умственном развитии.

У детей с умственной отсталостью нарушения психических функций чаще носят тотальный характер. На первый план выступает недостаточность высших форм познавательной деятельности – абстрактно-логического мышления и высших, прежде всего гностических, функций. Тяжелая степень умственной отсталости преобладает при двойной гемиплегии и атонически-астатической формах ДЦП.

Следует осторожно оценивать тяжесть поражения двигательной, речевой и особенно психической сферы в первые годы жизни ребенка с двигательными нарушениями. Тяжелые нарушения двигательной сферы, речевые расстройства могут маскировать потенциальные возможности ребенка. Нередки случаи гипердиагностики умственной отсталости у детей с тяжелой двигательной патологией [27].

Ряд нарушений познавательной деятельности характерен для определенных клинических форм заболевания. При спастической диплегии наблюдается удовлетворительное развитие словесно-логического мышления при выраженной недостаточности пространственного гнозиса и праксиса. Выполнение заданий, требующих участия логического мышления, речевого ответа, не представляет для детей с данной формой ДЦП особых трудностей. В то же время они испытывают существенные затруднения при выполнении заданий на пространственную ориентировку, не могут правильно скопировать форму предмета, часто зеркально изображают асимметричные фигуры, с трудом осваивают схему тела и направление. У этих детей часто встречаются нарушения функции счета, выражающиеся в трудностях глобального восприятия количества, сравнения целого и частей целого, усвоения состава числа, восприятия разрядного строения числа и усвоения арифметических знаков. Важно подчеркнуть, что отдельные локальные

нарушения высших корковых функций – пространственного гнозиса и праксиса, функции счета – могут наблюдаться и при других формах ДЦП, однако, несомненно, что эти нарушения чаще всего отмечаются при спастической диплегии.

Для детей с ДЦП характерны разнообразные расстройства эмоционально-волевой сферы проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других – в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, ребенок не может остановиться. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакцией протеста, которые усиливаются в новой для ребенка обстановке и при утомлении. Иногда отмечается радостное, приподнятое, благодушное настроение со снижением критики к своему состоянию. Нарушения поведения встречаются достаточно часто и могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим. У некоторых детей можно наблюдать состояние полного безразличия, равнодушия, безучастного отношения к окружающим. Следует подчеркнуть, что нарушения поведения отмечаются не у всех детей с ДЦП; у детей с сохранным интеллектом – реже, чем у умственно отсталых, а у спастиков – реже, чем у детей с атетоническими гиперкинезами [31].

У детей с церебральным параличом отмечаются нарушения личностного развития. Нарушения формирования личности при ДЦП связаны с действием многих факторов (биологических, психологических, социальных). Помимо реакции на осознание собственной неполноценности, имеет место социальная депривация и неправильное воспитание. Физический недостаток существенно влияет на социальную позицию ребенка, подростка, на его отношение к окружающему миру, следствием чего является искажение ведущей деятельности и общения с окружающими. У детей с ДЦП

отмечаются такие нарушения личностного развития, как пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением и общением, стремление к ограничению социальных контактов. Причиной этих нарушений чаще всего является неправильное, изнеживающее воспитание больного ребенка и реакция на физический дефект [54].

Достаточное интеллектуальное развитие у этих больных часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, с повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. У детей и подростков легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной практической деятельности. Выраженные трудности социальной адаптации способствуют формированию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы. Это сочетается с повышенной чувствительностью обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью [22].

Таким образом, нарушение опорно-двигательного аппарата носит собирательный характер и включает в себя двигательные расстройства, имеющие органическое центральное или периферическое происхождение. Причиной этих расстройств могут быть генетические нарушения, а также органические повреждения головного мозга и травмы опорно-двигательного аппарата. Выделяют ряд патологий опорно-двигательного аппарата, среди которых основное место занимает детский церебральный паралич. Кроме нарушения двигательных функций у детей с ДЦП имеют место нарушения зрения, слуха, речи, интеллекта. Психическое развитие ребенка характеризуется нарушением формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности. Каждая группа детей с нарушением опорно-двигательного аппарата имеет свои социально-педагогические проблемы, свои психофизиологические возможности в развитии и требует определенного подхода, своих методик и технологий реабилитационной работы.

1.2. Сущность и содержание социально-педагогической реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Под *реабилитацией* понимается процесс и результат мероприятий, способствующих восстановлению ограниченных или утраченных свойств, качеств, прав и свобод личности [59]. Однако термин «реабилитация» применительно к детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата не всегда корректен.

В зарубежной социальной практике принято различать термины «реабилитация» и «абилитация». Ребенок с НОДА часто с рождения имеет органические изменения, которые обуславливают его патологию. Говорить о восстановлении в данном случае не совсем верно. В данном случае используют термин «абилитация».

Абилитация трактуется как комплекс мероприятий, направленных на формирование и развитие функциональных систем организма, способностей индивида, естественное становление которых затруднено в силу болезни, дефекта с целью успешности социальной интеграции [33].

Точкой приложения как абилитационных, так и реабилитационных воздействий являются не проявления заболеваний, а их последствия. Комплексная абилитация и реабилитация строится на основе изучения результатов медико-физиологических и психологических показателей состояния ребенка (антропометрия, показатели физического развития, биологической зрелости, уровня интеллектуального развития и т.д.), а также интегральной оценки реабилитационного потенциала.

Социальная реабилитация – это комплекс мер, направленных на восстановление человека в правах, социальном статусе, здоровье, дееспособности. Реабилитационный процесс нацелен не только на восстановление способности человека к жизнедеятельности в социальной среде, но и самой социальной среды, условий жизнедеятельности, нарушенных или ограниченных по каким-либо причинам [32].

Социальная реабилитация инвалидов – представляет собой комплекс мер (реабилитационных услуг), направленных на устранение или возможно полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалида, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций его организма, обеспечение ему оптимального режима общественной и семейно-бытовой деятельности в конкретных социально-средовых условиях [55]. В рамках социальной реабилитации инвалидов выделяется несколько направлений деятельности, одно из них носит социально-педагогический характер.

Реабилитация изначально носила медицинскую направленность. В отличие от медицинского педагогический подход предусматривает возможности индивидуального развития, стимулирующие преодоление ребенком своих ограниченных возможностей и приближение к сверстникам. Такой подход не исключает медицинские меры контроля преодоления органических отклонений. Он решает свои задачи и использует педагогические средства в реабилитации ребенка.

Социально-педагогическая реабилитация – это совокупность целенаправленных социально-педагогических мероприятий, форм, методов и технологий, способствующих восстановлению утраченных ребенком социальных связей и функций, восполнению среды жизнеобеспечения, усилению заботы о нем [57].

Соответствующие условия реализации прав на получение образования детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) обосновываются Конвенцией о правах ребенка, Конвенцией о правах инвалидов, закреплены в Конституции Российской Федерации, Законах Российской Федерации «Об образовании», «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» и др. Ведущей тенденцией развития современной системы образования для детей с ОВЗ становится «включение в общий поток». Переход к интегративным формам обучения, признание всех без исключения

детей (независимо от степени тяжести нарушения) обучаемыми стали следствием демократизации общества; развития тенденций к гарантированному обеспечению прав каждого; проведения антидискриминационной политики.

Значительное разнообразие категорий детей с ОВЗ, включающих в себя в том числе и наличие или отсутствие инвалидности, определяет и значительную вариативность специальных образовательных условий, распределенных по различным ресурсным сферам (материально-техническое обеспечение, включая и архитектурные условия, кадровое, информационное, программно-методическое и т.п.). Таким образом, можно говорить о целостной системе специальных образовательных условий: начиная с предельно общих, необходимых для всех категорий детей с ОВЗ, до частно-специфических и индивидуально-ориентированных, определяющих эффективность реализации образовательного процесса и социальной адаптированности ребенка в полном соответствии с его конкретными особенностями и образовательными возможностями [19].

Сегодня в России реализуется инклюзивное образование – это такая организация процесса обучения, когда все дети, независимо от их физических, психических интеллектуальных, культурно-этнических, языковых и иных особенностей, включены в общую систему образования и обучаются по месту жительства в общеобразовательных учреждениях, которые оказывают необходимую специальную поддержку детям с учетом их возможностей и особых образовательных потребностей.

Инклюзивное образование детей-инвалидов может реализовываться через следующие модели: 1) полная инклюзия - дети-инвалиды посещают общеобразовательные учреждения наряду со здоровыми сверстниками и обучаются по индивидуальным учебным планам, которые могут совпадать с учебным планом соответствующего класса. Они могут посещать кружки, клубы, внеклассные общешкольные мероприятия и др.; 2) частичная инклюзия - дети-инвалиды совмещают индивидуальное обучение на дому с

посещением общеобразовательного учреждения и обучаются по индивидуальным учебным планам.

Педагогический подход в преодолении патологии опорно-двигательной активности людей получил наибольшее развитие в Будапеште, Институте кондуктивной педагогики и восстановительной двигательной терапии имени А. Петё и получил название – кондуктивная педагогика.

Кондуктивная педагогика (от лат. conductor – сопровождающий, проводник) – специальная педагогика, изучающая теорию и практику развития, воспитания и обучения детей, перенесших церебральный паралич [56]. В основу термина положена суть педагогической деятельности – целенаправленно вести, сопровождать ребенка по мере его саморазвития. Она считается одной из эффективных методик для преодоления двигательных нарушений у детей с ДЦП без выраженных отклонений в психическом развитии.

Социально-педагогическая работа по реабилитации ребенка с ДЦП представляет собою определенную воспитательную систему. В основе ее лежит система активной жизнедеятельности ребенка с самого раннего возраста, в которой наиболее полно проявляются его индивидуальные возможности. Главное в системе заключается в том, чтобы ребенок оказался ее активным звеном, а его родители или лица, их заменяющие, воспитатели – соучастниками всего педагогического процесса от пробуждения до сна [56]. Активность ребенка во всей его жизнедеятельности не самоцель, а лишь только социально-педагогическое условие целесообразного развития и воспитания. Перед специалистом стоит задача уметь обеспечить наиболее полное использование педагогических возможностей всей жизнедеятельности ребенка, овладение им навыками самообслуживания, их повседневное проявление в его направленном развитии и воспитании. С этой целью каждый элемент распорядка дня ребенка наполняется педагогическим содержанием в решении развивающих и воспитательных задач.

На основе анализа продумывается методика педагогизации каждого

элемента распорядка дня с учетом характера действий, патологии ребенка, его индивидуальных возможностей. Таким образом, формируется система педагогической деятельности [42].

Управление системой педагогической работы осуществляется специалистом (педагогом-кондуктором, социальным педагогом). В процессе взаимодействия специалиста и родителя может складываться совместное управление системой реабилитационной работы. Однако ведущая роль в управлении остается за специалистом. Он осуществляет диагностику, определяет содержание педагогической работы и разрабатывает систему жизнедеятельности ребенка, его распорядок дня и особенности его реализации. Педагогическая работа направлена на управление воспитательными возможностями системы, обеспечение реализации потенциала ребенка в саморазвитии.

Система педагогической работы с ребенком действенна тогда, когда двигательное воспитание, воспитание самостоятельности, развитие речи, слуха, зрения, забота о коже, внутреннем состоянии и т.д. будут представлены в комплексе реализации программы социально-педагогической реабилитации через активный жизненный распорядок в домашних условиях, в условиях дошкольного и школьного учреждения. В основе данного положения лежит исключительно важное положение – обеспечение комплексности в развитии и воспитании ребенка. Каждый развивающий или воспитывающий компонент рассматривается с позиции его комплексного использования в реабилитационной работе с ребенком. Например, при организации выполнения ребенком упражнения ему показывают, как это лучше сделать, проговаривают, что он должен сделать, побуждают, чтобы он сам проговаривал то, что он делает, и стараются, чтобы он при этом чувствовал и проявлял положительные эмоции удовлетворения. Все это стимулирует не только усвоение действия, но и формирование его аудио- и видеомоторного стереотипа.

В кондуктивную педагогику входит такое понятие, как «двигательное

воспитание». Оно рассматривается как направленная деятельность по включению ребенка в самопроявление, позволяющая ему усвоить правильную двигательную активность, сформировать ее естественное проявление, соответствующее его возрасту и физиологическим возможностям [39]. Особое внимание уделяется с самого начала побуждению к проявлению именно правильного действия и таким образом стимулируется его естественное усвоение.

Жизнедеятельность ребенка с ДЦП и вся педагогическая работа с ним вписываются в его распорядок дня. А. Петё ввел такое понятие, как *хронотопография* – своеобразная временная и предметная карта жизнедеятельности ребенка [54]. Она ориентирует по времени и содержанию педагогическую деятельность специалиста, обеспечивающую последовательную и направленную жизнедеятельность ребенка. По своей сущности – это расписанные по времени и месту все действия ребенка под руководством специалиста (родителя) в течение полного дня, от его пробуждения и до сна. Она может быть представлена в виде сетевого (временного) графика действий (жизнедеятельности) ребенка, раскрывающего, когда он и в каком месте находится, что и как делает по содержанию, объему и времени. Хронотопография отражает основные требования и к ребенку, и к педагогу в их взаимосвязи в процессе социально-педагогической работы. Особенностью ее является то, что она достаточно полно расписывает для педагога весь день ребенка, и в связи с этим определяет, что и как следует делать ему в каждый момент времени для педагогического обеспечения распорядка дня. Это позволяет ему изучить самому методику педагогической работы на каждом этапе дня ребенка и применять ее в работе с ним в строгом соответствии с программой [51].

Педагогическая работа предусматривает разработку индивидуальной программы педагогической работы. Такая программа носит ближайший и перспективный характер. *Ближайшая программа* ориентирована на обеспечение воспитания ребенка в соответствии с «зоной его ближайшего

развития» (Л.С. Выготский). В процессе ее реализации уточняется эта «зона» и определяются наиболее оптимальные подходы к индивидуальному развитию и воспитанию ребенка. *Перспективная программа* формируется в процессе педагогической работы с ребенком и его родителями. Она позволяет добиваться наибольших результатов в преодолении отклонения, интеграции ребенка в среду жизнедеятельности, формировании его как личности [23].

В педагогической работе с ребенком важное место принадлежит поощрению его действий. Средствами поощрения выступают одобрение, поддержка, помощь, положительная оценка действий и достижений ребенка.

Одобрение используется постоянно, чем стимулируются положительное отношение, стремление к действию, формируется начальная уверенность в способности выполнить их правильно.

Поддержка выполняется дифференцированно, не допуская излишества. В кондуктивной педагогике она называется *фацилитацией*. Под ней понимается стремление создать для ребенка такие условия, в которых он мог бы наилучшим образом самостоятельно решить, стоящую перед ним задачу. Важным правилом оказания *помощи* считается подбор индивидуальных способов в выполнении тех или иных заданий, упражнений, количество которых минимально, но необходимо для этого ребенка и со временем сокращается по мере выполнения своей функции. На первом месте должно быть самопроявление, стремление ребенка выполнить действие самостоятельно.

Выделяются следующие виды фацилитации деятельности ребенка: *мануальная* – применение на начальном этапе овладения двигательными навыками пальцев рук, когда другие виды малоэффективны; *вербальная* – ритмический словесный комментарий, а также детальное описание каждого движения, как бы расчленяя его на составные части; *зрительная* – показ движения специалистом или другими детьми; *специальные приспособления* [54].

Оценка самих действий ребенка и их результатов осуществляется в сравнении с прежними достижениями этого ребенка. Она стимулирует формирование у ребенка уверенности в своих способностях, побуждает его к повторению подобных действий, выступает важным фактором в педагогической работе с ребенком.

Важной составляющей социально-педагогического (кондуктивного) подхода в реабилитации ребенка с ДЦП является включение в активную деятельность с ним семьи. Этому способствует специальная педагогическая подготовка родителей.

Можно выделить наиболее важные положения, определяющие кондуктивную педагогику. К таким положениям относятся:

- учет возможности высокого уровня динамики развития личности ребенка на самых ранних этапах возраста;
- организация педагогической работы с ребенком на этапах раннего обнаружения патологии. Чем позже начинается педагогическая работа по реабилитации ребенка, тем меньше возможностей для его индивидуального развития и больше нереализованного, связанного с необходимостью преодоления сформировавшихся вторичных явлений (последствий) патологии;
- максимальный учет психологии ребенка, его предрасположенности к проявлению активности, подражанию, общению, эмоциональной заразительности в процессе педагогической работы с ним;
- активное использование в реабилитационной работе потребности социального развития ребенка, его стремления быть таким же, как другие, потребности в общении со сверстниками, стремления к состязательности и др.;
- изначальное стремление специалиста сделать самого ребенка активным соучастником преодоления патологии; стимулирование его самоактивности, самопроявления. Главное – превращение ребенка из объекта реабилитационной работы в субъект направленного

самосовершенствования [27].

Под принципами социально-педагогической реабилитации понимают исходные, базовые положения, выполнение которых способствует высокой организации и обеспечению эффективности реабилитационной деятельности. Рассмотрим эти принципы в кондуктивной педагогике.

Принцип природосообразности в реабилитационной работе с ребенком. Он диктует необходимость тщательного учета в процессе социально-педагогической работы с ребенком общих законов развития природы, другими словами, его естественных возможностей. Соблюдение требований этого принципа позволит наиболее полно использовать индивидуальные природные возможности каждого ребенка в процессе их направленного, целесообразного и наиболее полного развития. Забвение же его неминуемо приведет к деформации личности, а порой и к разрушению.

К основным требованиям принципа следует отнести:

- знание законов и закономерностей развития и воспитания человека и умение строить в соответствие с ними всю социально-педагогическую работу;
- максимальное использование индивидуального потенциала ребенка, его активности, учитывая особенности нарушений;
- учет актуального уровня развития ребенка и особенностей нарушений, выявленных при диагностике и на основе постоянного наблюдения;
- учет генетического хода развития нормально развивающихся детей;
- учет сенситивных периодов в развитии;
- учет потенциального уровня развития, то есть зоны ближайшего развития ребенка[38].

Принцип мобилизации всех возможностей ребенка и стимулирования его самоактивности в рамках выполняемой деятельности. В основе принципа лежит активное использование потенциала самой личности и ее самоактивности в реабилитационной работе.

Принцип создания ощущения физической и психологической безопасности. Для наиболее полного самопроявления ребенка ему необходимо чувство естественной физической и психологической безопасности. Такое ощущение создает наиболее «комфортное» состояние, доверие к тому, с кем он взаимодействует. В этом случае он может действительно наиболее полно проявить себя.

Принцип индивидуального подхода в реабилитационной работе. Каждый ребенок индивидуален своей патологией, возможностями, отношением к воспитателю, самопроявлением в активности по стремлению к реабилитации. Принцип позволяет учитывать тип ведущей деятельности ребенка и, опираясь на него, стимулировать самопроявление в процессе реабилитационной работы с ним.

Принцип наиболее целесообразного использования индивидуальных и интеграционных возможностей в реабилитации. В основе принципа, с одной стороны – реализация индивидуальных особенностей ребенка, а с другой – учет особенностей его психологии – стремления к общению. Совместная (интеграционная) среда стимулирует взаимодействие детей, показывает образцы самопроявления и стремления к самоактивности.

Принцип гуманизма означает систему взглядов, признающих ценность человека как личности, его право на свободу, счастье, защиту и охрану его жизни, здоровья. Сущность принципа гуманизма в социальной реабилитации означает приоритет социальной ценности человека, создание условий для защиты его прав, развития и воспитания, оказания ему помощи в жизненном самоопределении, интеграции в общество.

В кондуктивной педагогике некоторые рекомендации выносят на уровень принципов с учетом важности их в реабилитационной работе. К таким требованиям относят: терпеливость в обучении ребенка, т.к. динамика у ребенка с ДЦП проявляется очень медленно; делать перенос сложившегося способа действия, полученных знаний на другие ситуации; постепенное и систематическое включение ребенка в самооценивание, формирование

адекватного отношения к самому себе и своим поступкам; результаты продвижения следует сравнивать только с личными достижениями конкретного ребенка на предыдущем этапе; сочетание словесных, наглядных и практических приемов [47].

Таким образом, социально-педагогическая реабилитация ориентирована на целостное формирование личности ребенка с нарушением опорно-двигательного аппарата, наиболее полное использование его индивидуальных возможностей в процессе целенаправленного комплексного развития, воспитание активной жизненной позиции и постепенную интеграцию в среду жизнедеятельности, а также предусматривает включение в активную деятельность с ним семьи. Под принципами социально-педагогической реабилитации понимают исходные, базовые положения, выполнение которых способствует высокой организации и обеспечению эффективности реабилитационной деятельности. Выделяют: принцип природосообразности, мобилизации всех возможностей ребенка и стимулирования его самоактивности в рамках выполняемой деятельности; создания ощущения физической и психологической безопасности; индивидуального подхода; наиболее целесообразного использования индивидуальных и интеграционных возможностей в реабилитации; принцип гуманизма. В каждом конкретном случае реабилитационной работы с ребенком определяются свои задачи. Это делается с учетом диагноза и зоны его ближайшего развития.

2. ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В УСЛОВИЯХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

2.1. Отечественный опыт социально-педагогической реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в общеобразовательных учреждениях

Диапазон различий в возможностях освоения академического образования детьми с НОДА очень велик. Часть детей (с «чисто» ортопедической патологией и некоторые дети с ДЦП) могут освоить программу общеобразовательной школы. Наиболее благоприятно обучение в общеобразовательном учреждении для детей 1 и 2 группы детей с НОДА [24].

1 группа – с двигательными нарушениями различного этиопатогенеза (дети передвигаются самостоятельно или с ортопедическими средствами). У них нормальное психическое развитие и разборчивая речь. Нередко отсутствует уверенность в себе и самостоятельность, появляется повышенная внушаемость, личностная незрелость (наивность суждений, слабая ориентированность в бытовых и практических вопросах жизни). Дети успешно могут быть интегрированы в массовую школу при создании необходимой среды, адекватной их особенностям.

2 группа – дети с лёгким дефицитом познавательных и социальных способностей, передвигаются при помощи ортопедических средств или лишены возможности самостоятельного передвижения. Присутствуют замедленный темп психического развития, нейросенсорные нарушения ограничения манипулятивной деятельности и дизартрические расстройства разной степени выраженности. Наблюдается благоприятная динамика умственного развития; они легко используют помощь взрослого при обучении, идет достаточное, но несколько замедленное усвоение нового

материала. При адекватной коррекционно-педагогической работе дети часто догоняют сверстников в умственном развитии; возможно их инклюзивное обучение в массовой школе.

Специально приспособленная среда для них не может быть единственным условием. Дети нуждаются в организации индивидуальной коррекционно-развивающей работы с логопедом и дефектологом.

Успешное инклюзивное обучение детей с НОДА в общеобразовательной организации включает: организацию доступной среды; организацию специальной помощи.

Обязательное условие – систематическая специальная психолого-педагогическая поддержка коллектива учителей, родителей, детского коллектива и самого ребенка с двигательными нарушениями.

Психолого-педагогическая поддержка предполагает: помощь в формировании адекватных отношений между ребенком, одноклассниками, родителями, учителями; работу по профилактике внутриличностных и межличностных конфликтов в классе/школе; поддержание эмоционально комфортной обстановки в классе; обеспечение ребенку успеха в доступных ему видах деятельности с целью предупреждения у него негативного отношения к учебе и ситуации школьного обучения в целом.

Для детей первой и второй группы существуют два варианта адаптированных программ, в результате освоения которых итоговые достижения обучающихся с НОДА в целом соответствуют требованиям к итоговым достижениям здоровых сверстников, определяемым действующим ФГОС.

Первый вариант адаптированной программы адресован обучающимся с НОДА, достигшим к моменту поступления в школу уровня развития, близкого возрастной норме и имеющим положительный опыт общения со здоровыми сверстниками. Этот вариант максимально приближен к стандарту обучения детей с нормальным развитием.

В структуре адаптированной образовательной программы (АОП) –

восемь образовательных областей. Содержание каждой образовательной области направлено на освоение «академического» компонента и компонента жизненной компетенции. Структура АОП для детей с НОДА соответствует основной цели их образования – включения в образовательное пространство, ориентированное на нормальное развитие.

Функция «академического» компонента – оснащение ребенка знаниями и умениями в большей степени для их применения в будущем. При разработке «академического» компонента должен использоваться принцип разумного превышения актуальных возможностей ребенка. Обучение должно организовываться в зоне ближайшего развития и «вести» его за собой.

«Академический» компонент для детей с НОДА в каждой области не изменен в сравнении с уровнем образования здоровых сверстников, но усилено внимание к формированию полноценной жизненной компетенции, использованию полученных знаний в реальных условиях.

Функция компонента «жизненной компетенции» – это обеспечение ребенка практическими знаниями, умениями и навыками, необходимыми, уже сейчас, в повседневной жизни и формирующими основу дальнейшего развития отношений с окружением. Принципиально определение последовательных шагов усложнения среды, которое необходимо и полезно ребенку, т.е. – стимулировать развитие.

Обучающийся с НОДА получает образование, сопоставимое на всех его уровнях, с образованием здоровых сверстников, находясь в их среде и в те же календарные сроки. Ребенок полностью включен в общий образовательный поток, и по окончании школы получает такой же документ об образовании. Среда и рабочее место специально организуются в соответствии с особенностями ограничений здоровья.

Обязательные направления Программы коррекционной работы в первом варианте ФГОС для обучающихся с НОДА: поддержка в освоении основной образовательной Программы; развитие адекватных представлений о собственных возможностях и ограничениях, о насущно необходимом

жизнеобеспечении, способности вступать в коммуникацию со взрослыми и учащимися по вопросам создания специальных условий для пребывания в школе, своих нуждах и правах в организации обучения; овладение социально-бытовыми умениями, используемыми в повседневной жизни; овладение навыками коммуникации; дифференциация и осмысление картины мира и её временно-пространственной организации; осмысление своего социального окружения и освоение соответствующих возрасту системы ценностей и социальных ролей.

Второй вариант адаптированной программы предназначен для второй группы детей с НОДА. Эти учащиеся получают образование, сопоставимое по итоговым достижениям к моменту завершения школьного обучения с образованием здоровых сверстников, но в более пролонгированные календарные сроки на основе индивидуального учебного плана. Обязательна организация специальных условий обучения и воспитания для реализации особых образовательных потребностей. Среда и рабочее место приспособляются к конкретному ребёнку.

Обязательны направления коррекционной помощи для детей с НОДА, осваивающих второй вариант адаптированной программы. Эти направления образуют структуру Программы коррекционной работы, дополняющей основную образовательную программу: развитие адекватных представлений о собственных возможностях и ограничениях, о насущно необходимом жизнеобеспечении, развитие способности вступать в коммуникацию со взрослыми по вопросам медицинского сопровождения и созданию специальных условий для пребывания в школе, своих нуждах и правах в организации обучения; овладение социально-бытовыми умениями, используемыми в повседневной жизни; овладение навыками коммуникации; дифференциация и осмысление картины мира и её временно-пространственной организации; осмысление своего социального окружения и освоение соответствующих возрасту системы ценностей и социальных ролей; специальная поддержка освоения основной образовательной программы,

включающая коррекционно-развивающую работу по развитию познавательной и речевой деятельности детей с НОДА.

Ребенок с НОДА (особенно с ДЦП) требует от учителя больше внимания, в случае выраженных двигательных нарушений, поэтому наполняемость класса, где обучается ребенок с нарушением ОДА, меньше.

В случае необходимости (выраженные двигательные расстройства, тяжелое поражение рук, препятствующее формированию графо-моторных навыков) рабочее место должно быть специально организовано в соответствии с особенностями ограничений его здоровья.

При наличии персональных компьютеров, технических приспособлений (специальная клавиатура, различного вида), контакторы, заменяющие мышь (джойстики, трекболы, сенсорные планшеты) сопровождать работу ребенка во время урока должен тьютор [37].

Применяются различные образовательные технологии, в том числе дистанционные образовательные технологии, электронное обучение. Общеобразовательные программы реализуются образовательной организацией как самостоятельно, так и посредством сетевых форм их реализации.

Требования к результатам освоения адаптированных образовательных программ дается только в единстве всех компонентов образования. Недопустимо рассматривать результаты освоения отдельных линий, поскольку даже их сумма может не отражать ни общей динамики социального развития ребёнка с ОВЗ, ни качества его образования.

Локальные затруднения в освоении отдельных линий и даже областей образования, не должно рассматриваться как показатель их неуспешности в целом и тем более – нецелесообразности перехода на следующий уровень образования.

Введение специальной и подробной шкалы оценок необходимо для выявления и оценки даже минимальных шагов в развитии активности и продвижении ребёнка в освоении образовательной программы, оценки

собственно коррекционного эффекта обучения и обеспечения возможности гибкой индивидуальной корректировки плана дальнейшего формирования академических знаний, умений и навыков в выбранной области образования.

Формы обучения в общеобразовательной организации детей с двигательной патологией: интеграция в обычных классах при массовых общеобразовательных школах; инклюзивная форма по адаптированной программе; надомное обучение при массовой школе; дистантная форма обучения.

В образовательном учреждении создаются специальные материально-технические условия, обеспечивающие возможность для беспрепятственного доступа детей с НОДА в здания и помещения образовательной организации, их пребывания, обучения и воспитания (пандусы, съезды на тротуарах, лифты, поручни, специальные санузлы, специально оборудованные учебные места, специализированное учебное, реабилитационное, медицинское оборудование и т.д.).

Также соблюдается индивидуальный ортопедический режим (правила посадки и передвижения ребенка, рефлекс-запрещающие позиции и позы для нормализации мышечного тонуса, физкультпаузы). Используются компьютерные и технические средства обучения коллективного и индивидуального пользования с включением специального оборудования: специальные клавиатуры (с увеличенным размером клавиш, со специальной накладкой, ограничивающей случайное нажатие соседних клавиш), правильное расположение компьютера. Используются специальные технические средства для оптимизации процесса письма (увеличенные в размерах ручки и специальные накладки к ним, утяжеленные ручки, специальные магниты для прикрепления тетради к парте) [31].

Образовательная программа для детей с НОДА разрабатывается школой самостоятельно на основе государственного образовательного стандарта, примерных программ по учебным предметам федерального компонента, программ регионального и школьного компонентов, исходя из

особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей учащихся.

В коррекционной части общеобразовательной программы предусмотрены занятия по коррекции недостатков двигательных и психических функций. Предметы коррекционного цикла определяют в зависимости от имеющихся у детей нарушений: 1) преимущественно двигательных; 2) преимущественно речевых; 3) сочетание двигательных и речевых, 4) недостатков общего психического развития [52].

В зависимости от структуры нарушений коррекционно-развивающая работа строится дифференцированно. *В цикл коррекционных занятий включаются:* 1) логопедические занятия для детей с речевой патологией, с использованием компьютерных программ при самых тяжелых нарушениях (анартрия); 2) индивидуальные и групповые занятия для коррекции нарушенных психических функций.

Соотношение методов на каждом этапе обучения и воспитания детей с НОДА определяется уровнем двигательного, познавательного, и речевого развития детей и задачами, стоящими перед педагогом. Используются наглядные, практические и словесные, двигательно-кинестетические методы.

Проводятся групповые и индивидуальные коррекционные занятия, обеспечивающие усвоение программного материала (расширение знаний и представлений об окружающем, формирование пространственных и временных представлений, развитие графических навыков).

Педагоги выделяют тех детей, которые в силу имеющихся нарушений не могут усваивать программный материал, и объединяет их в отдельные группы для проведения коррекционных занятий.

Если в образовательной организации обучается несколько детей-инвалидов, то она предоставляет услуги тьютора, для того, чтобы оказывать обучающимся необходимую помощь. Однако во многих школах такой ставки нет.

В школах часто организуется система взаимодействия и поддержки

образовательной организации со стороны ПМПК, окружного и городского ресурсного центра по развитию инклюзивного образования, органов социальной защиты, органов здравоохранения, общественных организаций.

Педагоги, работающие в условиях инклюзивного класса получают особую подготовку в области специальной (коррекционной) педагогики.

Учет потребностей обучающихся с НОДА предусматривает введение в штат специалистов школы учителей-дефектологов, учителей-логопедов, педагогов-психологов, социальных педагогов, медицинских работников.

Система комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи детям с церебральным параличом – специально организованное образовательное пространство, в котором центральное место занимает взаимодействие ребенка и взрослого в условиях коррекционно-развивающей среды, создающей благоприятные условия для компенсации полиморфных нарушений различных функциональных систем (моторики, психики, речи), образования и социальной адаптации, изменения отношений между ребенком и окружающим миром.

Педагогическая реабилитация носит комплексный характер на основе системного подхода. Осуществляется одновременная стимуляция всех «линий» развития: социальное развитие; познавательное развитие; речевое развитие; двигательное развитие.

Основные направления педагогической реабилитации ребенка.

1. *Социальное развитие детей*: развитие различных форм общения и взаимодействия ребенка со взрослым (стимуляция стремления продлить эмоциональный, жестово-мимический контакт, включение ребенка в практическое сотрудничество); формирование навыков самообслуживания.

2. *Познавательное развитие*: формирование познавательной активности, мотивации к деятельности, интереса к окружающему миру; стимуляция сенсорной активности (зрительного, слухового, тактильно-кинестетического восприятия); формирование деятельности; развитие знаний об окружающем и понимания обращенной речи; формирование мышления и

продуктивных видов деятельности.

3. Стимуляция речевого развития (собственной речевой активности). Активизируются любые доступные ребенку звуковые и речевые реакции. Формируются любые невербальные и вербальные средства общения (жестовые, мимические, голосовые, звукопроизносительные).

4. Стимуляция двигательного развития и коррекция его нарушений: развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук, зрительно-моторной координации; стимуляция общей двигательной активности.

Важной составляющей социально-педагогического подхода в реабилитации ребенка с НОДА выступает деятельность специалиста совместно с семьей. Участие родителей в социально-педагогической работе со своим ребенком, превращение их в соучастников реабилитационного процесса – важнейшая задача, стоящая перед специалистом [51].

Направления работы: реабилитация членов семьи, в которой появился ребенок с НОДА (вывести их из состояния психологического стресса); информирование о правах и обязанностях родителей, имеющих ребенка с НОДА, в Российской Федерации; разъяснение родителям перспектив развития их ребенка и возможностей преодоления патологии, ближайшие и перспективные цели реабилитации; обеспечение обоснованности возникающей потребности родителей в определении ближайших целей и сроков их достижения с реальными возможностями реабилитации ребенка. Предупреждение иллюзорности и разочарования в процессе реабилитационной работы с ребенком; разработка индивидуальной программы реабилитационной работы с ребенком и определение в ней места и роли родителей; обучение родителей методике социально-педагогической работы с ребенком; помощь родителям в формировании распорядка дня ребенка, обеспечивающего реализацию индивидуальной программы реабилитационной работы с ним; социально-реабилитационная работа с ребенком специалиста и постепенное включение в процесс деятельности родителей; расширение непосредственного участия родителей и снижение

роли специалиста в реабилитационной работе с ребенком; обеспечение социально-педагогического патронирования деятельности семьи в реабилитационной работе с ребенком; повышение социально-педагогической подготовки родителей с учетом достигаемых результатов и открываемых перспектив реабилитации ребенка с НОДА [28].

Сущность реабилитации членов семьи, в которой появился ребенок с НОДА, заключается в том, чтобы помочь им выйти из состояния психологического стресса. Решение изложенной проблемы предусматривает: разработку методики диагностики состояния семьи, имеющей ребенка с НОДА; определение группы родителей, к которой следует отнести семью, и возможных перспектив социально-педагогической работы с ней; разработку программы социально-педагогической реабилитации семьи в зависимости от ее типа, возраста ребенка и времени начала работы со специалистом; социально-педагогическую реабилитацию семьи в соответствии с программой и учетом индивидуальных проблем семьи.

Успешное решение сложных социально-педагогических задач реабилитации возможно лишь при благоприятном психологическом климате в семье. Он таковым является тогда, когда родители адекватно относятся к своему ребенку.

Современное развитие медицины позволяет локально приостановить течение болезни, контролировать состояние ребенка и давать рекомендации по уходу за ним. Возникает проблема индивидуального развития такого ребенка, которое могло бы стимулировать преодоление патологии его двигательных возможностей, в этом и заключается важнейшее назначение социально-педагогической реабилитации. Решение (смягчение) проблем семьи создает наиболее благоприятные условия для взаимодействия с ней в интересах ребенка. Члены семьи лучше знают индивидуальные и мотивационные особенности ребенка, позволяющие более целесообразно включать его в социально-педагогический процесс реабилитации. Необходима специальная педагогическая подготовка родителей. В этом

случае их деятельность приобретает не только заинтересованный, но и профессиональный характер.

Эффективность социально-педагогической подготовки и поддержки семьи в работе с ребенком с НОДА во многом зависит от того, насколько социальный педагог, взаимодействующий с ней, владеет необходимой ему информацией, адекватно ее использует и активно способствует овладению родителями методикой социально-педагогической деятельности с ребенком.

Реализация методики происходит с помощью практических и теоретических занятий с родителями и ребенком. Снятию психологического напряжения родителей способствует комплекс мер. В него входит: разъяснение родителям причины возникновения патологии. Это позволяет снять личную вину с родителей за случившееся; показ перспективы преодоления патологии ребенка и возможности достижения положительного результата; раскрытие условий наиболее полного решения проблемы, с учетом диагноза и индивидуальных возможностей ребенка; показ необходимости создания и сохранения тесного эмоционального контакта родителя с ребенком в повседневной жизни и социально-педагогической работе с ним; раскрытие места и роли родителей в реабилитации ребенка и необходимости сосредоточения их усилий на работе по преодолению патологии; информирование о правах и обязанностях родителей, имеющих ребенка с НОДА, в Российской Федерации.

Социально-педагогическая подготовка родителей, или лиц, их замещающих, включает ряд направлений. Содержание и особенности реализации каждого из них определяются рядом факторов. В том числе: характер патологии и перспективы ее преодоления; когда начата работа с ребенком и родителями (возраст ребенка); психолого-педагогическая компетенция родителей по вопросам медицинской и социально-педагогической реабилитации ребенка с НОДА; отношения, сложившиеся между ребенком и его родителями; позиция родителей по отношению к своему участию в реабилитационной работе с ребенком и др. []

Социально-педагогическая подготовка родителей включает в себя: психолого-педагогическое информирование; разработку совместной программы социально-педагогической деятельности; непосредственное обучение их методике социально-педагогической работы с ребенком; деятельность по совершенствованию педагогической подготовки родителей с учетом достигаемого результата и возраста ребенка.

Социально-педагогическая информация родителей детей с НОДА. Она включает информацию об опыте социально-педагогической реабилитации детей с НОДА. На этом этапе осуществляется большая разъяснительная работа с родителями. Она включает информацию об особенностях развития их ребенка и перспективах преодоления патологии. Важно показать возможные как ближайшие, так и перспективные цели реабилитации. Такая деятельность специалиста имеет большое значение в реабилитационной работе с родителями, оказывая им помощь в определении своего места и роли в социальной реабилитации ребенка. Для ее реализации необходимы: подготовка материала, раскрывающего особенности ребенка с учетом его диагноза; отличие его развития от сверстников и перспективы такого развития и воспитания; перспективы возможного прогресса и регресса заболевания; проектирование варианта наиболее целесообразного социально-педагогического подхода к реабилитации ребенка; выявление наиболее оптимальных ближайших и перспективных целей социально-педагогической работы с ребенком; рекомендации родителям на начальный этап взаимодействия с ребенком.

В процессе информирования родителей им излагаются и разъясняются их права, льготы, предоставляемые государством, а также даются сведения о наличии специальных центров по работе с детьми с НОДА и их возможностях.

Разрабатывается совместно с родителями программа социально-педагогической деятельности. Она строится на основе индивидуальной программы реабилитационной работы с ребенком.

Непосредственное обучение родителей методике социально-педагогической работы с ребенком диктуется необходимостью подготовки главного соучастника реабилитационной работы. Для этого социальному педагогу требуется: выявить основные этапы социально-педагогической работы родителей с ребенком и их особенности; определить содержание педагогической подготовки родителей на каждом этапе их социально-педагогической работы с ребенком, и методику обучения; разработать рекомендации родителям для каждого этапа их социально педагогической работы с ребенком.

В процессе работы родителя, взросления ребенка определяется динамика его изменения, выявляется дальнейшая перспектива социальной реабилитации. Все это диктует необходимость обогащения опыта социально-педагогической работы родителя с ребенком. Содержание такой деятельности определяется конкретной ситуацией, перспективностью социально-педагогической работы родителей и опытом социального педагога. Реализация этого направления осуществляется в процессе социально-педагогической деятельности родителей и их патронирования со стороны социального педагога.

Работу с ребенком, страдающим НОДА, начинает социальный педагог и постепенно включает в нее родителей. Такой подход позволит родителям постепенно овладевать практикой социально-педагогической работы и обеспечить расширение их непосредственного участия и снижение роли специалиста в этом исключительно важном и сложном процессе. Практика убедительно показывает, что повышение роли родителей в социально-педагогической работе с ребенком требует квалифицированного социально-педагогического патронирования.

Патронирование – направленное сопровождение. Социально-педагогическое патронирование предусматривает целенаправленное сопровождение деятельности родителей со своим ребенком в соответствии с программой его реабилитации [56]. Оно направлено на контроль (что и как

делается) социально-педагогической деятельности, ее корректирование, помощь в овладении опытом целесообразной деятельности. Такая деятельность социального педагога помогает предупреждать типичные ошибки, выявлять динамику развития ребенка и способствует повышению действенности всей социально-педагогической деятельности по реализации технологии социальной реабилитации.

Таким образом, общеобразовательные учреждения решают проблемы обучающихся с НОДА. Ими осуществляется ряд действий: раннее выявление нарушений и максимально раннее начало комплексного сопровождения ребенка с учетом особенностей психофизического развития; регламентация деятельности с учетом медицинских рекомендаций (соблюдение ортопедического режима); особая организация образовательной среды, характеризующаяся доступностью образовательных и воспитательных мероприятий; использование специальных методов, приемов и средств обучения и воспитания (в том числе специализированных компьютерных и ассистивных технологий), обеспечивающих реализацию «обходных путей» развития, воспитания и обучения; адресная помощь по коррекции двигательных, познавательных, речевых и социально-личностных нарушений; предоставление услуг тьютора; индивидуализация образовательного процесса с учетом структуры нарушения и вариативности проявлений; максимальное расширение образовательного пространства – выход за пределы образовательной организации с учетом психофизических особенностей детей.

2.2. Проблемы социально-педагогической реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (по материалам социологического исследования)

С целью выявить проблемы социально-педагогической реабилитации

детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в условиях общеобразовательного учреждения нами было проведено прикладное социологическое исследование на базе МОУ «Никольская средняя общеобразовательная школа Белгородского района Белгородской области» и МОУ «Яснозоренская средняя общеобразовательная школа Белгородского района Белгородской области».

В этих школах реабилитационную деятельность осуществляют учителя-логопеды, педагоги-психологи, социальные педагоги, медицинские работники.

Образовательный процесс для детей-инвалидов выстраивается по одной схеме. Продолжительность урока составляет 45 минут. Занятия проводятся в первую смену. Ежедневное количество, продолжительность и последовательность учебных занятий и перемен определяется школьным расписанием с учетом активного отдыха и горячего питания обучающихся. Перемены между уроками составляют 10-20 минут.

Данный режим работы школы обеспечивает выполнение федерального и компонента образовательного учреждения учебного плана в соответствии с интересами и потребностями обучающихся, способствуя реализации идеи развития личности в культурно-нравственном и интеллектуальном плане в условиях информатизации общества, создавая условия для самовыражения и самоопределения школьников.

Формы образования: очная, индивидуальное обучение на дому. Обучение и воспитание несут коррекционно-развивающий характер, сопровождаются в течение учебного года работой психолого-медико-социальной службы. Проводятся регулярные медосмотры, беседы на уроках и классных часах с приглашением специалистов. На уроках применяются здоровьесберегающие технологии. Ежемесячно в школе проходят дни здоровья, спортивные соревнования. Обучающиеся занимаются в спортивных секциях. Организованы: летний отдых при школе, дидактические паузы между уроками, спортивные часы на свежем воздухе.

Внеурочная деятельность организована во второй половине дня через

работу по программам дополнительного образования художественно-эстетической; физкультурно-спортивной направленности.

Мы предположили, что: социально-педагогическая реабилитация детей с нарушением опорно-двигательного аппарата в общеобразовательном учреждении станет эффективной, если она: осуществляется, как целостный, системно организованный личностно-ориентированный процесс, обеспечивающий диагностику и реабилитацию данной группы обучающихся, формирование у них способности быть субъектом собственной жизнедеятельности; строится на технологическом уровне, предусматривающем создание адаптивной образовательной среды, развивающей комфортной среды на основе изучения особенностей данной группы детей и проблем их реабилитации, повышения компетентности специалистов, в том числе и в области кондуктивной педагогики; предусматривает социально-педагогическую диагностику и реабилитацию семьи, формирование у родителей мотивации и осмысление ими своей роли в реабилитационном процессе, включение родителей в социально-педагогический процесс реабилитационной деятельности; формирование инклюзивной культуры у всех участников образовательного процесса.

Были проведены следующие эмпирические исследования.

1. Анкетирование детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, обучающихся в МОУ «Яснозоренская средняя общеобразовательная школа Белгородского района Белгородской области», МОУ «Никольская средняя общеобразовательная школа Белгородского района Белгородской области» для выявления: их удовлетворенности получением образовательных услуг; взаимоотношений со сверстниками, учителями и другим специалистам; образовательных потребностей (Анкета представлена в Приложении 1). Исследование проводилось на базе данных школ и с помощью электронной почты.

В МОУ «Яснозоренская средняя общеобразовательная школа Белгородского района Белгородской области» обучаются три ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата. В МОУ «Никольская средняя

общеобразовательная школа Белгородского района Белгородской области» находятся на обучении четыре ребенка. Таким образом, 7 детей составляют генеральную совокупность нашего исследования. Выборочная совокупность – 6 чел.

2. *Анкетирование родителей обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата* в данных учреждениях осуществлялся с целью выявления: их удовлетворенности получением детьми образовательных услуг и проведением социально-педагогической реабилитации в школе; взаимоотношений с учителями и другими специалистами; доступности среды (Анкета представлена в Приложении 2). Выборка также составила 6 человек.

3. *Экспертный опрос* специалистов проводился для решения следующих задач: определения их отношения к детям с нарушением опорно-двигательного аппарата, анализа реального опыта взаимодействия специалистов с родителями данной группы детей на предмет возникающих трудностей, выявления спектра проблем, связанных с проведением социально-педагогической реабилитации в школе (Анкета представлена в Приложении 3).

В качестве экспертов выступили социальные педагоги, педагоги-психологи, логопеды, учителя, взаимодействующие с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата. В МОУ «Яснозоренская средняя общеобразовательная школа Белгородского района Белгородской области» таких специалистов – 17 чел, в МОУ «Никольская средняя общеобразовательная школа Белгородского района Белгородской области» – 21 чел. Таким образом, генеральную совокупность составляют 38 чел. Выборочная совокупность составила 20 чел.

Результаты социологического опроса указывают на ряд позитивных и негативных моментов социально-педагогической реабилитации детей с НОДА.

На выявление трудностей, которые ребенок испытывает в образовательном учреждении, был направлен вопрос: «С какими

трудностями Ваш ребенок сталкивается в образовательном учреждении?». Отвечая на этот вопрос, двое родителей отметили трудности у детей, связанные с управлением своими эмоциями и поведением, двое – с включением в учебный процесс; по одному указали на общение со сверстниками и на выполнение режимных трудностей.

Для определения видов помощи специалистов, которые получает ребёнок в настоящее время, родителям был задан вопрос: «Помощь каких специалистов получает Ваш ребенок в настоящее время?». В настоящий момент наиболее распространенными в общей группе респондентов оказались услуги логопедов и психологов, также упоминались дефектолог и медицинский работник. Таким образом, наиболее востребована и распространена для детей с НОДА логопедическая и психологическая помощь. Важно отметить, что в целом по выборке логопедическая помощь распространена значительно больше, чем дефектологическая, что может обуславливаться не столько объективным запросом родителей и детей с ОВЗ, сколько доступностью того и иного вида специализированной помощи в образовательном учреждении. На практике в большинстве общеобразовательных учреждениях работают именно логопеды, а не дефектологи.

Не распространены виды помощи, оказываемые индивидуальными помощниками, тьюторами и социальными работниками. Можно предположить, что это также обусловлено не объективным отсутствием потребности в таких видах помощи у семей, воспитывающих ребенка с НОДА, а отсутствием таких специалистов в школах.

При ответе на этот вопрос: «Какой главный результат Вы ждете от обучения Вашего ребенка в школе?» родители могли выбрать один наиболее значимый результат из спектра предложенных. По результатам исследования половина родителей видит главный результат обучения их ребенка в освоении школьной программы для продолжения обучения в колледже и вузе; двое респондентов считают, что важнее всего, чтобы в школе ребенок

получил жизненные навыки, научился легко адаптироваться, жить в современном обществе, один из родителей главным результатом называют развитие способностей детей в школе.

Таким образом, родители детей с НОДА ожидают, что для их детей школьное образование станет ступенью к профессиональному высшему или среднему образованию. И около трети родителей главным результатом школьного образования называют социализацию их детей – получение опыта общения с разными детьми и взрослыми, формирование жизненных навыков, благодаря чему дети научится легко адаптироваться, жить в современном обществе.

Запрос на специальные условия образования определялся с помощью вопроса «Какие специальные условия для обучения необходимы Вашему ребенку?». Опрос показал, что на существование в школе специальных образовательных условий рассчитывают все родители. Как самое значимое образовательное условие трое родителей отметили занятия для своего ребенка со специалистами (психологом, логопедом и т.д.), респондента указали на индивидуальную программу обучения для своего ребенка, один на помощь тьютора.

Итак, по данным опроса, наиболее актуальными специальными образовательными условиями, отвечающими потребностям детей с НОДА являются: 1) система психолого-педагогического сопровождения, включающая занятия с психологом, логопедом, дефектологом; 2) индивидуальная программа обучения ребенка.

Ожидания, имеющие отношения к образовательному результату, у родителей чрезвычайно разнообразны, однако большая часть родителей ожидает от инклюзии, что за счет особых условий, созданных для ребенка, он сможет получить полноценное среднее образование и даже продолжить его. Родители, указывают на различные трудности, с которыми сталкивается их ребенок в школе. По результатам опроса трудно определить какую-то доминирующую трудность. Практически в равной мере родители говорят о

трудностях, связанных с усвоением учебного материала их детьми и в их адаптации к школе, в обучении в одном темпе со всем классом и управлении своим поведением.

Пять родителей считают, что коллектив класса можно назвать дружным и что в среде своих одноклассников ребенок чувствует себя комфортно. Все респонденты указывают на то, что педагоги проявляют доброжелательное отношение к ребенку. Две трети родителей испытывают чувство взаимопонимания в контактах с администрацией и педагогами. Они уверены в том, что педагоги справедливо оценивают достижения в учебе ребенка. Все родители считают, что ребенок не перегружен учебными занятиями и домашними заданиями. Четверо из них уверены в том, что учителя учитывают индивидуальные особенности ребенка. Только один родитель указал на знание кондуктивной педагогики

В результате можно сделать следующие выводы: большая часть родителей принимают идеи инклюзивного образования, видят ценность такой формы образования для детей вообще и своих детей в частности; правильно понимают инклюзивное образование как совместное обучение детей с разными способностями, детей с нарушениями в развитии и обычных детей. Преобладающее число родителей указывают на наличие у своих детей трудностей в развитии, обучении, социализации в будущем. Родители прогнозируют нарастание сложностей с обучением и эмоциональной саморегуляцией, а также сохранение тех трудностей, которые есть у детей в общении с детьми и взрослыми. Среди видов помощи, оказываемых детям с ОВЗ, в настоящий момент наиболее распространена логопедическая и психологическая помощь. Логопедическая помощь распространена значительно больше, чем дефектологическая, что может обуславливаться не столько объективным запросом родителей детей с ОВЗ, сколько доступностью того и другого вида специализированной помощи в образовательном учреждении. Практически не распространены виды помощи, оказываемые индивидуальными помощниками и социальными

работниками. Можно предположить, что это также обусловлено не объективным отсутствием потребностей в таких видах помощи у семей, воспитывающих ребенка с НОДА, а отсутствием специалистов. Потребности детей с трудностями в развитии в помощи педагогов-психологов в настоящее время полностью не удовлетворяются. Помощь медицинского характера (медицинского работника и инструктора ЛФК оказывается детям в достаточном объеме. Родители считают, что за счет особых условий, созданных в инклюзивной школе для ребенка, он сможет получить полноценное среднее образование и даже продолжить его. В наибольшей степени потребностям детей с НОДА отвечают такие специальные образовательные условия, как: система психолого-педагогического сопровождения, включающая занятия с психологом, логопедом, дефектологом; индивидуальная программа обучения для ребенка. Для большинства родителей, «специальные условия» это, прежде всего, - специализированная медико-психологическая и педагогическая помощь и особый режим освоения учебной программы (темп, размер группы, объем заданий и прочее).

Экспертный опрос показал, что на уровне ценностного отношения к совместному обучению более половины педагогов (65%) принимают идеи инклюзивного образования, видят ценность такой формы образования для детей.

К сожалению, некоторые учителя отрицают, что инклюзивное образование является наиболее перспективной формой образования детей с особыми образовательными потребностями. Администрации школы и педагогическому коллективу предстоит дальнейшая работа по формированию положительного отношения учителей к инклюзивному образованию, к пониманию того, что инклюзивное образование стремится развить методологию, направленную на детей и признающую, что все дети - индивидуумы с различными потребностями в обучении.

Взрослая аудитория отметила, что осуществлению проекта

совместного обучения все еще препятствует отсутствие необходимых условий. Следует указать на то, что учителя и администрация школ оценивают свои возможности и желание работать в указанном направлении намного выше, чем родители. Верно и обратное – представители школ низко оценивают готовность учеников и родителей к таким изменениям. Здесь налицо противоречия между группами учителей и родителей, обусловленные опытом взаимодействия и разными критериями оценки эффективности. Родители детей с нарушением опорно-двигательного аппарата очень высоко оценивают готовность своих детей к такой учёбе, но полагают, что родители обычных детей не готовы к переменам, тогда как эти последние сами себя полагают вполне подготовленными.

В числе преимуществ совместного обучения для детей-инвалидов всеми группами были указаны факторы общения со сверстниками. Вообще факторы адаптивного плана вышли на первое место везде – сюда же относится преимущество «полноценного образования». Обычные же дети, по общему мнению, должны таким образом воспитать в себе гуманность и отзывчивость, а равно и терпимость.

Для более полного понимания проблемы ставились и вопросы о возможных издержках для участников совместного образовательного процесса. В ряду проблем было указано на отсутствие необходимых условий, но также и на то, что дети-инвалиды могут испытывать трудности с успеваемостью и, особенно, с общением и самоидентификацией. Здесь отмечено, что родители детей-инвалидов считают проблему успеваемости главной, тогда как для прочих групп важным видится осознание «особости и неполноценности на фоне здоровых детей».

Проблема отношения со сверстниками рассматривалась развёрнуто, так как на ней делался особый акцент в ходе предварительного исследования. Родители указывали на то, что даже обычных детей часто третируют и подвергают насмешкам, а детей-инвалидов – тем более. Проблема заслуживает специального изучения педагогов и участников программ

совместного обучения – в том числе и потому, что группа учителей в опросе показала гораздо большую склонность к выбору «положительных» вариантов отношения, тогда как родители ожидают реализации вариантов «пренебрежения». Важность этого вопроса очень велика – от его верного разрешения зависит, смогут ли дети-инвалиды полноценно развиваться в коллективе и учиться – а ведь именно в этом и состоит смысл всей системы, призванной превратить такого ребёнка в полноценного члена общества.

Примечательно, что, отвечая на симметричные вопросы в отношении ущерба для обычных детей, представители школ назвали на первом месте «отвлечение внимания», а затем – «отвлечение учителя в ущерб учебному процессу», а также «возможность конфликтов». Родители же детей-инвалидов опасаются больше всего снижения успеваемости класса

Несмотря на декларацию положительного отношения к идее обучения детей с инвалидностью в общеобразовательной школе, при более детальном рассмотрении выясняется, что это абстрактное отношение. При размышлении о конкретных формах взаимодействия ребёнка-инвалида с классом и преподавателем, как родители ребёнка, так и представители школ демонстрируют намного более критическое отношение к идее совместного обучения. Действительно, попытка развернуть понятие «инвалид» – вызывает к жизни целый ряд опасений.

Таким образом, на основании собранных данных стало возможным сделать ряд выводов: сама идея совместного обучения понятна всем группам опрошенных, и они видят её осуществимой при условии выделения средств и принятии волевых решений; имеются большие расхождения позиций родителей и представителей системы образования – особенно в том, чего можно ожидать от детей и друг от друга. Налицо значительное взаимное недоверие; причины, по которым совместное обучение может оказаться полезным, понятны участникам опроса; само представление об инвалидности часто бывает весьма отвлечённым, и если абстрактные дети-инвалиды в школе не вызывают никаких протестов, то при попытке разобраться

подробнее сразу же обнаруживаются трудности. Среди видов помощи, оказываемых детям с ОВЗ, в настоящий момент наиболее распространена логопедическая и психологическая помощь. Логопедическая помощь распространена значительно больше, чем дефектологическая, что может обуславливаться не столько объективным запросом родителей детей с НОДА, сколько доступностью того и другого вида специализированной помощи в образовательном учреждении. Практически не распространены виды помощи, оказываемые индивидуальными помощниками.

2.3. Программа социально-педагогической реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в условиях общеобразовательного учреждения

С целью совершенствования социально-педагогической реабилитации детей с НОДА нами была разработана программа совершенствования этого вида реабилитации в условиях общеобразовательного учреждения. Программа опирается на разработанную нами для школы структурно-содержательную модель социально-педагогического аспекта реабилитационной работы с детьми с НОДА (Приложение 4).

Цель: Создание инклюзивного образовательного пространства для успешной социализации детей с НОДА.

Задачи:

1. Обеспечить успешное овладение детьми с НОДА образовательными программами.
2. Социализировать детей с НОДА в образовательном пространстве нашей школы и окружающем социуме.
3. Организовать систему эффективного психолого-педагогического сопровождения процесса инклюзивного образования через взаимодействие диагностико-консультативного, коррекционного-развивающего, лечебного-

профилактического, социально-трудового направлений деятельности.

Ожидаемые конечные результаты:

- благополучие, адекватное взаимодействие ребенка с социальной средой, социально-бытовое ориентирование, потребность в общении и владение навыками общения, интерес к получению образования;
- повышение профессиональной компетентности специалистов в области взаимодействия с детьми с НОДА;
- создание условий для интеграции детей данной категории в общество;
- повышение авторитета родителей и их роли в воспитании, образовании детей;
- накопление педагогического опыта в работе с семьями, имеющими детей с НОДА;
- создание системы оказания консультационной помощи семьям с детьми с НОДА;
- увеличение доли числа детей с НОДА вовлечённых в досуговую деятельность;
- увеличение результативности участия детей с НОДА, обучающихся в школе, в различных проектах по самореализации и социализации.

Участники: дети с НОДА; родители и законные представители детей с НОДА; классные руководители; учителя, педагоги дополнительного образования; социальный педагог; медсестра.

Реализация программы организована в учебное и внеурочное время, а также совместно с другими организациями дополнительного образования.

Программа реализуется по четырем этапам.

Этапы реализации

этап	Задачи	сроки
Подготовительный	<ul style="list-style-type: none"> • формирование банка данных о детях, нуждающихся в особых условиях; • формирование безбарьерной среды (материально-техническое и информационное обеспечение, обеспечение доступности в помещениях школы и т.п.); • адаптация содержания образовательной 	Май - сентябрь 2017

	<p>программы в различных предметных областях в связи с полученным банком данных о детях;</p> <ul style="list-style-type: none"> • формирование нормативно-правовой, методической, образовательной, психолого-медико-социальной баз; • формирование банка данных передового опыта, имеющегося по инклюзивному образованию; • курсовая подготовка педагогов. 	
Диагностический (этап запуска)	<ul style="list-style-type: none"> • Диагностики, анкетирование; • Разработка и реализация индивидуальных образовательных маршрутов; 	сентябрь 2017
Этап реализации программы реабилитации (основной этап развертывания)	<ul style="list-style-type: none"> • непосредственная работа с детьми ОВЗ; • коррекционно-развивающая работа; • социальная адаптация; • работа «Родительского клуба»; • курсовая подготовка педагогов. 	октябрь 2017 – май 2018
Завершающий этап	<ul style="list-style-type: none"> • контроль и анализ результатов деятельности ОУ по инклюзивному образованию; • обобщение результатов и построение системы трансляции опыта ОУ по вопросам инклюзивного образования; • составление перспективного плана дальнейшей работы в этом направлении 	июнь 2018

Мероприятия по реализации проекта

№	Наименование мероприятий	Срок исполнения	Исполнители
1. Нормативно – правовое и организационное обеспечение			
1.1.	Формирование нормативно-правовой базы. Издание распорядительных документов	август	Администрация
1.2.	Изучить потребности социума в образовательных услугах ОУ в форме инклюзивного образования. Создание банка данных о детях с НОДА.	август	Администрация
1.3.	Изучить возможности ОУ для организации инклюзивного образования детей с НОДА.	август	Администрация
1.4.	Разработка и совершенствование блока «Инклюзивное образование» в программе развития образовательного учреждения	май-август	Администрация
1.5.	Разработка перспективного плана повышения квалификации педагогов ОУ	август-сентябрь	Зам. директора по УВР
1.6.	Создание сетевого взаимодействия ОУ с Центром детского творчества и другими учреждениями города, разработка планов совместной работы ОУ, заключение договоров	сентябрь	Администрация ОУ

1.7.	Создание безбарьерной среды (материально-техническое и информационное обеспечение, обеспечение доступности в помещениях школы и т.п.);	В течение всего срока	Администрация ОУ, педагогический коллектив
1.8.	Составление индивидуальных учебных планов и маршрутов развития детей и подростков, нуждающихся в инклюзивном образовании	сентябрь	Зам. директора по УВР, педагог-психолог, логопед, социальный педагог
1.9.	Проведение заседаний школьных методических советов по вопросам организации и реализации инклюзивного образования в ОУ	По плану школы	Администрация, руководители ШМО
1.10.	Укрепление материально-технической базы образовательного учреждения для реализации программы инклюзивного образования	В течение всего срока	Администрация
1.11.	Контроль и анализ результатов деятельности ОУ по инклюзивному образованию	Май-июнь	Администрация ОУ
2. Работа с родителями			
2.1	Организация работы совета учреждения, родительской общественности по формированию и развитию толерантного отношения к инклюзии, к обучающимся с НОДА	В течение всего срока	ПМПК, учителя-предметники, классные руководители
2.2.	Организация работы родительского клуба	По плану клуба	Заместители директора, классные руководители, специалисты школы
2.3	Информирование о возможностях образовательной организации, расширение правового поля родительской общественности по вопросам обучения, воспитания и социальных гарантий обучающихся с НОДА.	В течение всего срока	Заместители директора, классные руководители, специалисты школы
3. Организация образовательного процесса			
<i>Обучающиеся</i>			
3.1.	Диагностики, анкетирование	сентябрь	Кл. рук., специалисты
3.2	Разработка индивидуальных образовательных маршрутов	сентябрь	Кл. рук., специалисты
3.3	Коррекционно-развивающая работа	В течение всего срока	Кл. рук., специалисты
3.4	Организация дополнительных консультативных и индивидуальных занятий	В течение всего срока	Кл. рук., специалисты
<i>Учителя</i>			
3. 5.	Диагностика с целью выявления подготовки педагогического коллектива для работы по данному направлению, прохождение курсовой подготовки педагогов (по результатам	Август-сентябрь	Администрация

	диагностики)		
3.6	Разработка и реализация индивидуальных образовательных маршрутов	сентябрь	Кл. руководители, учителя-предметники
3.7	Обеспечение школы необходимым оборудованием, создание безбарьерной среды (учебные пособия, программы, наглядные пособия и т.п.)	В течение всего срока	Кл. руководители, учителя-предметники
3.8	Консультирование участников инклюзивного образовательного пространства: учителей, специалистов, родителей	В течение всего срока	Администрация, Кл. руководители
3.9	Обобщение результатов	Май-июнь	Администрация, Кл. руководители

В основе этой работы лежит единство четырех функций: диагностики проблем, информации о проблеме и путях ее решения, консультация на этапе принятия решения и разработка плана решения проблемы, помощь на этапе решения проблемы.

Основными принципами содержания и форм работы в образовательном учреждении детей с НОДА являются: соблюдение интересов ребенка; системность; непрерывность; вариативность и рекомендательный характер.

В системе работы следующие формы: проведение индивидуальной работы с учащимися и их родителями: тематические беседы, посещение квартир, подготовка рекомендаций, характеристик на ПМПК; проведение малых педагогических советов, административных советов; ведение карт наблюдений динамики учебных навыков; посещение, взаимопосещение уроков, анализ уроков с точки зрения здоровьесбережения; разработка методических рекомендаций учителю; анкетирование учащихся, диагностика; обследование школьников по запросу родителей;

Содержание и формы работы: наблюдение за учениками во время учебной и внеурочной деятельности (ежедневно); поддержание постоянной связи с учителями-предметниками, школьным психологом, медицинским работником, администрацией школы, родителями; составление психолого-педагогической характеристики учащегося с ОВЗ при помощи методов наблюдения, беседы, экспериментального обследования, где отражаются

особенности его личности, поведения, межличностных отношений с родителями и одноклассниками, уровень и особенности интеллектуального развития и результаты учебы, основные виды трудностей при обучении ребенка; составление индивидуального маршрута сопровождения учащегося (вместе с психологом и учителями-предметниками), где отражаются пробелы знаний и намечаются пути их ликвидации, способ предъявления учебного материала, темп обучения, направления коррекционной работы; контроль успеваемости и поведения учащихся в классе; формирование такого микроклимата в классе, который способствовал бы тому, чтобы каждый учащийся с НОДА чувствовал себя комфортно; ведение документации (психолого-педагогические дневники наблюдения за учащимися и др.); организация внеурочной деятельности, направленной на развитие познавательных интересов учащихся, их общее развитие.

Для повышения качества коррекционной работы необходимо выполнение следующих условий: обучение детей (в процессе формирования представлений) выявлению характерных, существенных признаков предметов, развитие умений сравнивать, сопоставлять; побуждение к речевой деятельности, осуществление контроля за речевой деятельностью детей; установление взаимосвязи между воспринимаемым предметом, его словесным обозначением и практическим действием; использование более медленного темпа обучения, многократного возвращения к изученному материалу; максимальное использование сохранных анализаторов ребенка; разделение деятельности на отдельные составные части, элементы, операции, позволяющее осмысливать их во внутреннем отношении друг к другу; использование упражнений, направленных на развитие внимания, памяти, восприятия.

Организация групповых и индивидуальных занятий, которые дополняют коррекционно-развивающую работу и направлены на преодоление специфических трудностей и недостатков, характерных для учащихся с НОДА.

В содержание исследования ребенка специалистами входит следующее:

1. Сбор сведений о ребенке у педагогов, родителей. В первую неделю сентября психологом и логопедом с целью выявления группы риска школьной дезадаптации изучаются медицинские карты форма первоклассников. С октября проводится наблюдение за процессом адаптации первоклассников, используются методы: Анкета Н.Г. Лускановой «Школьная мотивация и учебная активность» (приложение № 5), методика Гинзбурга «Изучение мотивов учения» (приложение № 6). Также используются анкета №1 (приложение № 7) для изучения социально-психологической адаптации к школе учащегося с ограниченными возможностями здоровья, и анкета № 2 (приложение № 8) для изучения психологического климата в коллективе и эффективности учебно-воспитательного процесса. Важно получить факты жалоб, с которыми обращаются. При этом необходимо учитывать сами проявления, а не квалификацию их родителями, педагогами или самими детьми.

2. Изучение истории развития ребенка. Специалисты методами анкетирования (приложение № 9) и бесед с родителями выявляет обстоятельства, которые могли повлиять на развитие ребенка (внутриутробные поражения, родовые травмы, тяжелые заболевания в первые месяцы и годы жизни). Имеют значение наследственность (психические заболевания или некоторые конституциональные черты), семья, среда, в которой живет ребенок (социально неблагополучная, ранняя депривация). Необходимо знать характер воспитания ребенка (чрезмерная опека, отсутствие внимания к нему и др.).

3. Изучение работ ребенка (тетради, рисунки, поделки и т.п.).

4. Обследование ребенка по окончании адаптационного периода проводится, если ребенок не справляется с программным материалом, Заполняется протокол первичного обследования ПМПК школы (приложение № 10) и дневник динамического наблюдения (приложение № 11)

5. Анализ материалов обследования. Психолог анализирует полученные о ребенке сведения и данные собственного обследования, выявляются его резервные возможности. В сложных дифференциально-диагностических случаях проводятся повторные обследования.

6. Выработка рекомендаций по обучению и воспитанию.

7. Составление индивидуальных карт психолого-медико-педагогического сопровождения. (приложение № 12)

8. Составление индивидуального образовательного маршрута (приложение №13)

В каждом конкретном случае определяются ведущие направления в работе с ребенком. Для одних детей на первый план выступает ликвидация пробелов в знаниях учебного материала; для других - формирование произвольной деятельности, выработка навыка самоконтроля; для третьих необходимы специальные занятия по развитию моторики и др.

Организация логопедической помощи по коррекции речевых расстройств. Индивидуальные и групповые занятия следует проводить в специально оборудованном логопедическом кабинете. Основными направлениями коррекционных логопедических занятий являются развитие речи и коррекция ее нарушений (особенно произносительной стороны речи).

Реализуемые мероприятия: первичное обследование каждого ребенка по специальной единой схеме с записью в речевой карте; выработка логопедического режима для детей, имеющих те или иные речевые расстройства (осуществление режима проводится всем персоналом школы); логопедические занятия по коррекции речевых нарушений (индивидуально, с группой учащихся); оказание консультативной и методической помощи учителям, воспитателям, родителям; проведение динамических обследований и обсуждения речевого развития детей с родителями и педагогами.

С детьми с нарушением опорно-двигательного аппарата необходимо проводить коррекционные занятия, обеспечивающие усвоение программного материала - расширение знаний и представлений об окружающем,

формирование пространственных и временных представлений, развитие графических навыков. Учитель выявляет фактическое состояние знаний, умений и степень готовности каждого ученика по общеобразовательным предметам, выделяет тех детей, которые в силу имеющихся нарушений не могут усваивать программный материал, и выделяет их для проведения коррекционных занятий.

Коррекционные занятия не должны дублировать ни содержание, ни форму урочных занятий. При их проведении необходимо использовать различные формы и виды работ, особое внимание следует уделять предметно-практической деятельности детей. Коррекционные занятия следует проводить, начиная с первого по девятый классом.

С детьми с нарушением опорно-двигательного аппарата необходимо проводить коррекционные занятия, обеспечивающие усвоение программного материала - расширение знаний и представлений об окружающем, формирование пространственных и временных представлений, развитие графических навыков. Учитель выявляет фактическое состояние знаний, умений и степень готовности каждого ученика по общеобразовательным предметам, выделяет тех детей, которые в силу имеющихся нарушений не могут усваивать программный материал, и выделяет их для проведения коррекционных занятий.

Коррекционные занятия не дублируют ни содержание, ни форму урочных занятий. При их проведении используются различные формы и виды работ, особое внимание уделяется предметно-практической деятельности детей. Коррекционные занятия проводятся, начиная с первого по девятый класс.

Обучение детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата должно осуществляться на фоне лечебно-восстановительной работы, которая должна вестись в следующих направлениях: посильная медицинская коррекция двигательного дефекта, терапия нервно-психических отклонений, купирование соматических заболеваний. Комплекс

восстановительного лечения представляется ортопедоневрологическими мероприятиями, лечебной физкультурой, массажем, физио-бальнео-климатотерапией, протезно-ортопедической помощью. Лечебные мероприятия, кроме обычной педиатрической службы, должны осуществлять врачи-неврологи, врачи ЛФК, физиотерапевты, ортопеды, а также младший медицинский персонал. Осуществление этих мероприятий в образовательных организациях невозможно, из-за отсутствия медицинской лицензии и штата специалистов. Для этого необходимо получение образовательной организацией медицинской лицензии или составление договора с медицинскими учреждениями.

В зависимости от структуры нарушений коррекционно-развивающая работа с детьми данной категории должна строиться индивидуально.

При организации и проведении индивидуальных коррекционных занятий с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата, необходимо применение адекватных возможностям детей и их потребностям методов, приемов, форм воспитания и обучения.

Индивидуальные занятия с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата проводят учитель-логопед, учитель-дефектолог, педагог-психолог, инструктор-ЛФК и другие участники образовательного процесса в зависимости от структуры нарушения не менее 2-х часов в неделю.

Важным компонентом при организации и проведении индивидуальных и групповых занятий с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата является создание условий для адаптации детей с двигательной патологией в группе сверстников, раскрытие творческого потенциала каждого учащегося, реализацию его потребности и самовыражения.

Программа коррекционной работы с детьми данной группы, учитывает специфические особые образовательные потребности:

- взаимодействие специалистов разного профиля;
- применение приспособлений к компьютерной технике, спортивному

инвентарю и др.;

- увеличение времени на выполнение заданий;
- активизация познавательной деятельности;
- развитие двигательной сферы средствами адаптивной физкультуры;
- расширение полисенсорного опыта как основы компенсации двигательных недостатков;
- увеличение социальных контактов;
- совершенствование коммуникативных умений;
- использование специальных методов коррекции нарушений устной и письменной речи, языковых средств общения;
- применение специальных методов формирования волевых качеств личности (целеустремленность, настойчивость, инициативность, самостоятельность, сдержанность); повышения мотивации учебной деятельности; профилактики быстрой утомляемости и истощаемости; стрессоустойчивости, преодоления тревожности.

Обязательным условием является соблюдение индивидуального ортопедического режима для каждого обучающегося. В соответствии рекомендациями врача-ортопеда, инструктора ЛФК определяются правила посадки и передвижения ребенка с использованием технических средств реабилитации, рефлекс-запрещающие позиции (поза, который взрослый придает ребенку для снижения активности патологических рефлексов и нормализации мышечного тонуса), обеспечивающие максимально комфортное положение ребенка в пространстве и возможность осуществления движений.

Ребенок с церебральным параличом во время бодрствования не должен более 20 мин находиться в одной и той же позе. Для каждого ребенка индивидуально приобретаются наиболее адекватные позы. Эти позы меняются по мере развития двигательных возможностей ребенка.

Важным условием также является организация работы по формированию навыков самообслуживания, гигиены, социально-бытовой

ориентации у детей с двигательными нарушениями.

При включении ребенка с двигательными нарушениями в образовательный процесс школы обязательным условием является организация его систематического, адекватного, непрерывного психолого-медико-педагогического сопровождения.

Необходима также организация системы взаимодействия и поддержки образовательной организации со стороны ПМПК, ПМПС-центра, учреждений здравоохранения и социальной защиты, общественных организаций. Данная система организуется при недостаточном кадровом ресурсе самой образовательной организации.

Реализация данного условия позволяет обеспечить для ребенка с нарушением опорно-двигательного аппарата максимально адекватный при его особенностях развития образовательный маршрут, а также позволяет максимально полно и ресурсоемко обеспечить обучение и воспитание. Важным компонентом этого условия является наличие разнообразных образовательных организаций (включая учреждения дополнительного образования) в шаговой доступности.

Обучение учащихся этой категории должны осуществлять специально подготовленные высококвалифицированные педагоги, знающие психофизические особенности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и владеющие методиками дифференцированной коррекционной работы. Коррекционные занятия должны проводить учителя-дефектологи, учителя-логопеды, специальные психологи, методисты ЛФК. Очень важно, чтобы образовательные организации, реализующие инклюзивные программы, имели в своем штате таких специалистов.

В рамках работы с педагогическим коллективом рекомендуется предусмотреть повышение информированности педагогов о детях с нарушениями опорно-двигательного аппарата; формирование педагогической позиции; профилактику синдрома профессионального выгорания; обучение педагогов специальным методам и приемам

коррекционной работы через постоянную систему консультирования и специальных курсов повышения квалификации.

Деятельность педагогических работников с учетом особых образовательных потребностей у детей с НОДА

Педагогический работник	Особенности деятельности
Учитель	<ul style="list-style-type: none"> - тщательный подбор содержания урока; - изменение структуры и временных рамок учебного занятия в соответствии с индивидуальными особенностями ребенка; - использование разных форм, методов и приемов организации учебной деятельности: - традиционные технологии; - технологии активных форм (урок-сказка, урок-путешествие и т.д.); - игровые технологии; - здоровьесберегающие технологии; - использование пальчиковой гимнастики - использование нетрадиционной техники рисования
Педагог-психолог	<ul style="list-style-type: none"> - использование активных методов обучения для стимуляции познавательной активности; - использование методов коррекции психических процессов: (психотехнические приемы коррекции внимания; психотехнические приемы коррекции памяти; психотехнические приемы коррекции мыслительных операций) - использование методов нейропсихологической коррекции

Кадровая обеспеченность общеобразовательной организации во многом будет зависеть от наличия руководителей, педагогов, специалистов, прошедших профессиональную подготовку в области инклюзивного образования детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Основными направлениями работы педагогов с родителями детей с ДЦП являются: гармонизация семейных взаимоотношений; установление правильных детско-родительских отношений; помощь в адекватной оценке возможностей ребенка (как физических, так и психологических); помощь в решении личных проблем (чувство неполноценности, вины), связанных с появлением аномального ребенка; обучение элементарным методам психологической коррекции (аутогенной тренировке, элементам игротерапии, сказкотерапии и т.п.); помощь в выборе профессии и места получения профессионального образования.

Приоритетность тех или иных направлений в работе определяется после исследования семьи, бесед с родителями и ребенком, психодиагностических исследований. Соответственно и сама работа может строиться в моделях психологического консультирования, психологической коррекции и психотерапии (хотя надо заметить, что такое разделение весьма условно). Конкретные формы работы зависят от задач, стоящих перед психологом, и его профессиональной подготовки. Это могут быть и родительские клубы, и систематические занятия, и индивидуальная работа с матерью или отцом. Поведенческий тренинг, групповые дискуссии, игры, инсценировки, родительские сочинения - все это и многое другое может быть использовано для работы с семьей.

Важным условием является формирование толерантного отношения к ребенку с НОДА нормально развивающихся детей и их родителей. Для этого перед приходом ребенка с двигательными нарушениями в общеобразовательный класс необходима предварительная работа со здоровыми сверстниками. Учитель должен рассказывать о сильных сторонах характера, положительных качествах личности больного ребенка, раскрыть мир его увлечений. Одновременно в тактичной форме педагог должен объяснить ученикам, что нельзя сосредотачивать внимание на дефекте больного ребенка, тем более дразнить и обижать его. Наоборот, необходимо оказывать ему посильную помощь (помогать спускаться по лестнице, передвигаться в физкультурном зале и т.д.), проявлять терпение при замедленных ответах, письме и других затруднениях.

Подпрограмма социально-педагогической подготовки родителей с учетом особенностей ребенка, страдающего НОДА, служит пособием, систематизирующим процесс реабилитации. Она определяет план действий социального педагога и содержит конкретные методические рекомендации, направленные на обеспечение успешной реабилитации ребенка.

Обучение *методике социально-педагогической работы* с ребенком включает следующие направления: разработка распорядка дня ребенка;

методика обучения самообслуживанию и его использование в направленном развитии ребенка; особенности ухода за ребенком, способствующего укреплению его здоровья, стимулированию развития, смягчению влияния негативных факторов состояния на самопроявление; с чего начинать, методика выполнения начальных (первичных) упражнений; наблюдения за проявлением ребенка и умение учитывать позитивные явления в социально-педагогической работе с ним; каприз ребенка, его природа, возможности предупреждения и преодоления; игры и игрушки в социально-педагогической работе; досуг и его использование в социально-педагогической работе с ребенком; поощрения и принуждения в социально-педагогической работе с ребенком; использование среды (домашней и уличной) в развитии ребенка; предупреждение типичных ошибок во взаимодействии родителя с ребенком, страдающим НОДА; вовлечение домашних (членов семьи) в социально-педагогическую работу с ребенком; взаимодействие с медицинскими работниками в процессе социально-педагогической работы с ребенком и др.

В процессе их решения перед специалистом стоят следующие задачи: помочь семье преодолеть то психологическое состояние, в котором она оказалась в связи с появлением у них ребенка с НОДА; дать достаточно полную информацию о правах и обязанностях родителей, имеющих ребенка с особыми нуждами, в Российской Федерации; разъяснить перспективы развития их ребенка, возможности преодоления им патологии и перспективные цели его реабилитации; определить место родителей в формируемой системе реабилитационной работы; обучение родителей методике социально-педагогической работы с ребенком на различных этапах работы с ним; взаимодействие с ними в процессе осуществления реабилитационной работы; координация социально-педагогической деятельности родителей, обеспечение соразмерности возникающих потребностей родителей в определении ближайших целей и сроков их достижения с реальными возможностями реабилитации, предупреждение

иллюзорности и разочарования в достигаемых результатах их педагогической работы.

Критерии эффективности:

- обобщение педагогического опыта в работе с семьями, имеющими детей с НОДА;
- позитивная оценка родителями (по итогам анкетирования) системы оказания социально-педагогической помощи семьям с детьми с НОДА;
- улучшение успеваемости обучающихся с НОДА;
- повышение профессиональной компетентности специалистов, взаимодействующих с обучающимися с НОДА (прохождение курсов повышения квалификации не менее тремя специалистами).
- формирование толерантности у внутренней общественности школы (по итогам анкетирования)
- увеличение доли числа детей с НОДА вовлечённых в досуговую деятельность;
- увеличение результативности участия детей с НОДА, обучающихся в школе, в различных проектах по самореализации.

Предложенные мероприятия не исчерпывают все проблемы социально-педагогической реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, а лишь определяют наиболее существенные направления ее решения. Мы считаем, что результатом внедрения предложенной программы станет совершенствование социально-педагогической реабилитации, обучения детей с НОДА в условиях общеобразовательного учреждения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нарушения опорно-двигательного аппарата носят собирательный характер и включают в себя двигательные расстройства, имеющие органическое центральное или периферическое происхождение. Причинами этих расстройств могут быть генетические нарушения, а также органические повреждения головного мозга и травмы опорно-двигательного аппарата. Выделяют ряд патологий опорно-двигательного аппарата, среди которых основное место занимает детский церебральный паралич. Кроме нарушения двигательных функций у детей с ДЦП имеют место нарушения зрения, слуха, речи, интеллекта. Психическое развитие ребенка характеризуется нарушением формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности. Каждая группа детей с нарушением опорно-двигательного аппарата имеет свои социально-педагогические проблемы, свои психофизиологические возможности в развитии и требует определенного подхода, своих методик и технологий реабилитационной работы.

Под реабилитацией понимается процесс и результат мероприятий, способствующих восстановлению ограниченных или утраченных свойств, качеств личности. И применительно к детям с нарушением опорно-двигательного аппарата этот термин не всегда корректен. В зарубежной социальной практике принято различать термины «реабилитация» и «абилитация». Ребенок с НОДА часто с рождения имеет органические изменения, которые обуславливают его патологию. Говорить о восстановлении в данном случае не совсем верно. В данном случае используют термин «абилитация».

Социально-педагогическая реабилитация ориентирована на целостное формирование личности ребенка с нарушением опорно-двигательного аппарата, наиболее полное использование его индивидуальных возможностей в процессе целенаправленного комплексного развития,

воспитание активной жизненной позиции и постепенную интеграцию в среду жизнедеятельности, а также предусматривает включение в активную деятельность с ним семьи.

Педагогический аспект реабилитации включает восстановление, коррекцию и компенсацию утраченных и нарушенных функций в процессе образования методами обучения, воспитания, развития, восстановление нарушенных связей разных областях развития. В широком смысле слова основные цели образования и реабилитации совпадают и направлены на наиболее полную интеграцию личности в общество.

Педагогический подход в преодолении патологии опорно-двигательной активности людей получил наибольшее развитие в Будапеште, Институте кондуктивной педагогики и восстановительной двигательной терапии имени А. Петё и получил название – кондуктивная педагогика.

Проведение социально-педагогической реабилитации опирается на соблюдении ряда принципов. Под принципами социально-педагогической реабилитации понимают исходные, базовые положения, выполнение которых способствует высокой организации и обеспечению эффективности реабилитационной деятельности. Выделяют: принцип природосообразности, мобилизации всех возможностей ребенка и стимулирования его самоактивности в рамках выполняемой деятельности; создания ощущения физической и психологической безопасности; индивидуального подхода; наиболее целесообразного использования индивидуальных и интеграционных возможностей в реабилитации; принцип гуманизма.

В каждом конкретном случае реабилитационной работы с ребенком определяются свои задачи. Это делается с учетом диагноза и зоны его ближайшего развития.

Сегодня общеобразовательные учреждения решают проблемы обучающихся с НОДА. Ими осуществляется ряд действий: раннее выявление нарушений и максимально раннее начало комплексного сопровождения ребенка с учетом особенностей психофизического развития; регламентация

деятельности с учетом медицинских рекомендаций (соблюдение ортопедического режима); особая организация образовательной среды, характеризующаяся доступностью образовательных и воспитательных мероприятий; использование специальных методов, приемов и средств обучения и воспитания (в том числе специализированных компьютерных и ассистивных технологий), обеспечивающих реализацию «обходных путей» развития, воспитания и обучения; адресная помощь по коррекции двигательных, познавательных, речевых и социально-личностных нарушений; предоставление услуг тьютора; индивидуализация образовательного процесса с учетом структуры нарушения и вариативности проявлений; максимальное расширение образовательного пространства – выход за пределы образовательной организации с учетом психофизических особенностей детей.

В процессе образования детей с НОДА обеспечивается готовность личности к самоопределению и самореализации в основных сферах жизнедеятельности трудовой, общественно-политической, культурно-досуговой, семейно-бытовой, образовательной и готовности к выбору сферы профессиональной деятельности. В процессе образования развиваются способности к самореализации в социуме, к формированию среды общения, осуществляется подготовка учащихся к самостоятельной и ответственной деятельности в различных сферах, происходит обучение досугу, обеспечивается сохранение и укрепление здоровья учащихся, формирование способности к саморегуляции.

Образовательная программа для детей с НОДА разрабатывается школой самостоятельно на основе государственного образовательного стандарта, примерных программ по учебным предметам федерального компонента, программ регионального и школьного компонентов, исходя из особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей учащихся.

С целью выявления проблем социально-педагогической реабилитации

детей с нарушением опорно-двигательного аппарата в условиях общеобразовательного учреждения нами было проведено прикладное социологическое исследование, которое показало, что: сама идея совместного обучения понятна всем группам опрошенных, и они видят её осуществимой при условии выделения средств и принятии волевых решений; имеются большие расхождения позиций родителей и представителей системы образования – особенно в том, чего можно ожидать от детей и друг от друга. Налицо значительное взаимное недоверие; причины, по которым совместное обучение может оказаться полезным, понятны участникам опроса; само представление об инвалидности часто бывает весьма отвлечённым, и если абстрактные дети-инвалиды в школе не вызывают никаких протестов, то при попытке разобраться подробнее сразу же обнаруживаются трудности. Среди видов помощи, оказываемых детям с ОВЗ, в настоящий момент наиболее распространена логопедическая и психологическая помощь. Логопедическая помощь распространена значительно больше, чем дефектологическая, что может обуславливаться не столько объективным запросом родителей детей с НОДА, сколько доступностью того и другого вида специализированной помощи в образовательном учреждении. Практически не распространены виды помощи, оказываемые индивидуальными помощниками.

С целью совершенствования социально-педагогической реабилитации детей с НОДА нами была разработана программа совершенствования этого вида реабилитации в условиях общеобразовательного учреждения. Программа опирается на разработанную нами для школы структурно-содержательную модель социально-педагогического аспекта реабилитационной работы с детьми с НОДА

Ожидаемыми конечными результатами реализации данной программы выступают: благополучие, адекватное взаимодействие ребенка с социальной средой, социально-бытовое ориентирование, потребность в общении и владение навыками общения, интерес к получению образования; повышение

профессиональной компетентности специалистов в области взаимодействия с детьми с НОДА; создание условий для интеграции детей данной категории в общество; повышение авторитета родителей и их роли в воспитании, образовании детей; накопление педагогического опыта в работе с семьями, имеющими детей с НОДА; создание системы оказания консультационной помощи семьям с детьми с НОДА; увеличение доли числа детей с НОДА вовлечённых в досуговую деятельность; увеличение результативности участия детей с НОДА, обучающихся в школе, в различных проектах по самореализации и социализации.

Предложенные мероприятия не исчерпывают все проблемы социально-педагогической реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, а лишь определяют наиболее существенные направления ее решения. Мы считаем, что результатом внедрения предложенной программы станет совершенствование социально-педагогической реабилитации, обучения детей с НОДА в условиях общеобразовательного учреждения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Декларация о правах инвалидов [Электронный ресурс]: [принята Генеральной Ассамблеей ООН 09.12.1975]. – Режим доступа: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/disabled.shtml.
2. Конвенция о правах инвалидов [Электронный ресурс]: [принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеей ООН 13.12.2006]. – Режим доступа: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml.
3. Конвенция о правах ребенка [Электронный ресурс]: [принята резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989]. – Режим доступа: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.shtml.
4. Саламанкская декларация о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями [Электронный ресурс]: [международная декларация: принята 10.06.1994]. – Режим доступа: <https://perspektiva-inva.ru/protec-rights/law/international/vw-504/>
5. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов [Электронный ресурс]: [приняты Генеральной Ассамблеей ООН 20.12.1993]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_12211/
6. О государственной программе Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 – 2020 годы [Электронный ресурс]: [Постановление Правительства РФ от 01.12. 2015 № 1297]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/420319730>
7. О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 – 2017 годы » [Электронный ресурс]: [Указ президента РФ]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc__LAW_142277/
8. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации [Электронный ресурс]: [федер. закон: принят Гос. Думой от 24.11.1995 № 181-ФЗ по сост. на 19.12.2016]. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=law;n=156792>.
9. Об образовании в Российской Федерации [Электронный ресурс]:

[федер. закон: принят Гос. Думой от 29.12.2012 № 273-ФЗ по сост. на 01.05.2017]. – Режим доступа: <http://www.rg.ru/2012/12/30/obrazovanie-dok.html>.

10. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие образования» на 2013 – 2020 годы» [Электронный ресурс]: [Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 295]. – Режим доступа: http://base.garant.ru/70643472/#block_1000

11. Технический регламент о безопасности зданий и сооружений [Электронный ресурс]: [федер. закон: принят Гос. Думой 23 декабря 2009 года № 384-ФЗ]. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=148719&fld=134&from=95720-8&rnd=211977.6274445579365459&>.

12. Методические рекомендации по организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях высшего образования, в том числе оснащенности образовательного процесса [утв. Минобрнауки России 08.04.2014 № АК-44/05вн] [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.nstu.ru/info/information/dostupsreda/#Oborud>

13. О направлении методических рекомендаций [Письмо Министерства образования и науки РФ от 29.03.2016 № ВК-641/09] [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://минобрнауки.рф/документы/8020>

14. Требования к организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в профессиональных образовательных организациях, в том числе оснащенности образовательного процесса [утв. Минобрнауки России 26.12.2013 № 06-2412вн] [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.nstu.ru/static_files/44422/file/Trebovania_06-2412.pdf

15. Социальная поддержка граждан в Белгородской области на 2014 – 2020 годы» [гос. программа: утверждена постановлением Правительства Белгородской области

от 16 декабря 2013 года № 523-пп] – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/469027808>.

16. Социальный кодекс Белгородской области [Электронный ресурс]: [обл. закон: принят Белгородской областной Думой 9 декабря 2004 г.] – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/regbase/cgi/online.cgi?req=doc;base=RLAW404;n=36477>.

17. Абаскалова, Н.П. Теория и практика формирования ЗОЖ учащихся и студентов в системе «Школа-ВУЗ» [Текст]: автореф. дис. доктора пед. наук / Н.П. Абаскалова. – Барнаул, 2000. – 48 с.

18. Антипьева, Н.В. Социальная защита инвалидов в РФ. Правовое регулирование [Текст]: учеб. пособие / Н.В.Антипьева. – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2002. – 224 с.

19. Васильева, Н.В. Социологические концепции исследования инвалидности [Текст] / Н.В. Васильева // Социологический сборник: Вып.7. – М.: Социум, 2010. – С. 23-24.

20. Васильева, Н.В. Социальная реабилитация инвалидов [Текст] / Н.В. Васильева – М.: Лань, 2005. – 264 с.

21. Ветрова, И.Ю. Проблемы социальной адаптации инвалидов [Текст] / И.Ю. Ветрова. – М.: Дело, 2000. – 256 с.

22. Гетманенко, Е.С. Адаптация людей с ограниченными возможностями как задача современного государства [Текст] / Е.С. Гетманенко // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 21. Управление (государство и общество). – 2008. – № 4. – С. 75-84.

23. Головкин, С.Г. Реабилитация инвалидов как направление региональной социальной политики [Текст]: дисс... на соискание степени канд. социол. наук: 23.00.02 / С.Г. Головкин. – Кемерово, 2009. – 157 с.

24. Гордеева, А.В. Реабилитационная педагогика [Текст]: учеб. пособие / А.В. Гордеева. – М.: Академический проект, 2005. – 320 с.

25. Данакин, Н.С. Управление социальной адаптацией детей с ограниченными возможностями здоровья [Текст] / Н.С. Данакин, С.Н. Глаголев, Л.Е. Данилюк. – Белгород: Изд-во БГТУ, 2011. – 276 с.

26. Дементьева, Н.Ф. Социальная работа в учреждениях социально-реабилитационного профиля и медико-социальной экспертизы [Текст]: учеб. пособие / Н.Ф. Дементьева, Л.И. Старовойтова. – М.: Академия, 2010. – 270 с.

27. Деятельность специалистов сопровождения при включении обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в образовательное пространство [Текст]: методические материалы для специалистов сопровождения / О.Г. Приходько // Инклюзивное образование детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных организациях. – М.: ГБОУ МГПУ, 2014. – 102 с.

28. Думбаев, А.Е. Инвалид, общество и право [Текст] / А.Е. Думбаев, Т.В. Попова. – Алматы: Верена, 2006. – 180 с.

29. Жигарева, Н.П. Комплексная реабилитация инвалидов в учреждениях социальной защиты: Учебно-практическое пособие [Электронный ресурс] / Н.П. Жигарева. – М.: Дашков и К°, 2012. – 208 с. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785394013539.html>.

30. Зозуля, Т.В. Комплексная реабилитация инвалидов [Текст]: Учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки и спец. «Социальная работа» / Т.В. Зозуля и др.; Рец.: А.И. Соловьев, Н.Ю. Гаубрих. – М.: Академия, 2005. – 304 с.

31. Ибатов, А.Д. Основы реабилитологии: учебное пособие для студентов медицинских вузов [Текст] / А.Д. Ибатов, С.В. Пушкина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 160 с.

32. Ковалева, Т.М. Материалы курса «Основы тьюторского сопровождения в общем образовании» [Текст] : лекции 1 – 4 / Т.М. Ковалева. – М.: Педагогический университет «Первое сентября», 2010. – 56 с.

33. Ковалева, Т.М. Тьютор как новая профессия в российском образовании [Текст] / Т.М. Ковалева // Материалы IV международной научно-практической конференции и 16 научно-практической Межрегиональной тьюторской конференции 09–10 ноября 2011 г. «Тьюторство в открытом образовательном пространстве: профессиональный

стандарт тьюторского сопровождения»: сб. статей. – М.: МПГУ ; АПКиППРО, 2011. – С. 7–20.

34. Ковалева, Т.М. Профессия «тьютор» [Текст] / Т. М. Ковалева, Е. И. Кобыща, С.Ю. Попова (Смолик), А.А. Теров, М. Ю. Чередилина. – М.; Тверь: СФК-офис, 2012. – 303 с.

35. Комплексная реабилитация инвалидов [Текст]: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под ред. Т.В. Зозули. – М.: Академия, 2005. – 304 с.

36. Лаврова, Д.И. Технология социальной реабилитации инвалидов: методические рекомендации [Текст] / Д.И. Лаврова, О.С. Андреева, Д.П. Рязанов. – М.: ЦИЭТИН, 2000. – 58 с.

37. Левченко, И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: [Текст] Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько. – М.: Академия, 2001. – 192с.

38. Моздокова, Ю.С. О концепции социально-культурной реабилитации инвалидов [Электронный ресурс] / Ю.С. Моздокова, А.В. Лебедев. – 2012. – <http://www.centernadegda.ru/reabilitaciya/>.

39. Мошняга, В.Т. Технологии социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями [Текст] / В.Т. Мошняга; под. ред. Е.И. Холостовой. – М.: Инфра-М, 2008. – 256 с.

40. Обучение и воспитание детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учебно-методическое пособие. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2002. _ 101 с.

41. Ожегов, С. И. Толковый словарь русского языка: 80 000 слов и фразеологических выражений [Текст] / С. И. Ожегов, Н. Ю. Шведова. – М.: А ТЕМП, 2004. – 944 с.

42. Организация инклюзивного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья [Текст]: учеб. пособие / под ред. С.В. Алехиной, Е.Н. Кутеповой. – М.: МГППУ, 2013. – 116 с.

43. Организация специальных образовательных условий для детей с

ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных учреждениях. Методические рекомендации для руководителей образовательных учреждений. Серия Инклюзивное образование. – М.: МГППУ, 2012. – 75 с.

44. Павленок, П.Д. Технологии социальной работы с различными группами населения [Текст] : учеб. пособие / П.Д. Павленок, М.Я. Руднева. – М.: Инфра-М, 2010. – 272 с.

45. Панасенко, К.Е. Основы специальной педагогики и психологии [Электронный ресурс]: учебно-методический комплекс / К.Е. Панасенко. – Белгород, 2012. – Режим доступа: <http://pegas.bsu.edu.ru/course/view.php?id=253>

46. Педагогическое сопровождение образовательной деятельности младших школьников: позиция тьютора, технологии тьюторского сопровождения, подготовка тьюторов [Текст] / под ред. И.Б. Ворожцовой. – Ижевск: ERGO, 2011. – 144 с.

47. Психология инвалидности [Текст]: Метод. указания / Сост. Н.А. Соловьева; Яросл. гос. ун-т. – Ярославль, 2004. 47 с.

48. Реабилитация детей и подростков при различных заболеваниях: Руководство [Электронный ресурс] / под общ. ред. Т.Г. Авдеевой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/books/06-COS-2384.html>.

49. Романов, П.В. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России [Текст] / П.В. Романов, Е.Р. Ярская-Смирнова. – Саратов: Научная книга, 2006. – 260 с.

50. Российский статистический ежегодник [Текст] / статистический сборник. – М.: Росстат, 2016. – 717 с.

51. Сорвина, А.С. Социальная работа: теория и практика [Текст]: учеб. пособие / А.С. Сорвина, Е.И. Холостова. – М.: ИНФРА-М, 2002. – 234 с.

52. Социальная защита инвалидов: правовой аспект [Текст] / под ред. Н.П. Рожковой. – Белгород: БИЦ БГУНБ, 2012. – 64 с.

53. Ткачева, В.В. Психологические особенности родителей,

имеющих детей с детским церебральным параличом [Текст] / В.В. Ткачева // Специальная психология. – 2009. – № 1. – С. 53-62.

54. Ткачева, В.В. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии [Текст]: учеб. пособие / В.В. Ткачева. – М.: Астрель, 2007. – 318 с.

55. Терскова, С.Г. Механизм формирования доступной среды для инвалидов [Текст] / С.Г. Терскова // Гуманитарные научные исследования. – 2016. – № 7 (47). – С. 21-28.

56. Терскова, С.Г. Результаты реализации Федеральной программы «Доступная среда» на 2011-2015 гг.: социологический анализ [Текст] / С.Г. Терскова, Е.С. Гаврилова, Е.Е. Юркова // Гуманитарные научные исследования. 2016 – № 2 (54). – С. 30-37.

57. Тьюторское сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья [Текст]: методические рекомендации для тьюторов, педагогов, специалистов образовательных учреждений / под ред. С.В. Алещенко. – Томск: «Центр ПМСС», 2014. – 40 с.

58. Федосеева, О.А. Проблемы родителей, имеющих ребенка с ограниченными возможностями / О.А. Федосеева // Молодой ученый. – 2013. – №9. – С. 344-346.

59. Финк, А. Кондуктивная педагогика А. Петё. Развитие детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата [Текст] / А. Финк. – М.: Академия, 2003. – 316 с.

60. Холостова, Е.И. Семейное воспитание и социальная работа [Текст]: учеб. пособие / Е.И. Холостова, Н.Н. Стрельникова, Е.М. Черняк. – М.: Дашков и К, 2015. – 292 с.

61. Холостова, Е.И. Социальная работа с инвалидами [Текст]: учеб. пособие / Е.И. Холостова. – М.: Дашков и К, 2014. – 239 с.

62. Холостова, Е.И. Социальная реабилитация [Текст]: учеб. пособие / Е.И. Холостова, Н.Ф. Дементьева. – М.: Дашков и К, 2003. – 340 с.

63. Храпылина, Л.П. Реабилитация инвалидов [Текст] / Л.П. Храпылина. – М.: Издательство «Экзамен», 2006. – 129с.

64. Худенко, Е.Д. Комплексная программа развития и социализации ребенка-инвалида в семье [Текст] / Е.Д. Худенко, Г.В. Дедюхина, И.И. Поташова. – М.: АНМЦ «Развитие и коррекция», 2012. – 170 с.
65. Худенко, Е.Д. Основы правовой грамотности родителей, воспитывающих детей-инвалидов [Текст] / Е.Д. Худенко, Л.Н. Молчанова, В.С. Ткаченко. – М.: АНМЦ «Развитие и коррекция», 2012. – 182 с.
66. Целок, Д.В. Программа «Инклюжен»: новая модель социализации инвалидов в учебных заведениях США [Текст] / Д.В. Целок // Дефектология. – 2006. – № 5. – С. 106-111.
67. Шабанова, О.А. Медико-социальные аспекты инвалидности и реабилитации больных сколиозом [Текст] : дис. ... канд. мед. наук: 14.02.06 / О.А. Шабанова. – М., 2011. – 167 с.
68. Шандыбо, С.В. Формирование профессиональной позиции принятия ребенка у будущего педагога в вузе [Текст]: дис. ... канд. педагогических наук / С.В. Шандыбо. – Красноярск, 2014. – 239 с.
69. Шамова, Т.И. Управление образовательным процессом в адаптивной школе [Текст] / Т.И. Шамова, Т.М. Давыденко. – М.: Центр «Педагогический поиск», 2001. – 384 с.
70. Швецова, В.А. Педагогика и психология лиц с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс]: учебно-методический комплекс / В.А. Швецова. – Белгород: НИУ БелГУ, 2013. – Режим доступа: <http://pegas.bsu.edu.ru/course/view.php?id=7008>
71. Ярская-Смирнова, Е.Р. Социальная работа с инвалидами [Текст]: учеб. пособие / Е.Р. Ярская-Смирнова, Э.К. Наберушкина. – СПб.: Питер, 2004. – 198 с.